



Anmeldung Heimaufnahme, Kurzzeitpflege, Tagespflege

Geltungsbereich: **AWO ER, AWO SONNE, AWO SSD**
Bereich: stationäre Pflege und stationäre Eingliederungshilfe

Einrichtung: _____ Eingangsvermerk Einrichtung: _____

1. Familienname	Titel	Familienname	Geburtsname	
2. Vorname(n)	Rufnamen bitte unterstreichen			
3. Geburtsdaten	am	in	Staat	
4. Wohnung <small>(mit Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet)</small>	PLZ	Wohnort, Gemeinde		
	Straße / Hausnummer			
5. Derzeitiger Aufenthalt	PLZ	Wohnort, Gemeinde		
	Straße / Hausnummer		Telefonnummer	
	Name der Person / der Einrichtung		Aufnahmetag	Aufnahmegrund
6. Familienstand	Stand		Letzte Eheschließung / Partnerschaftseintragung	
7. Staatsangehörigkeit/ Konfession	Staatsangehörigkeit		Konfession	
8. Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> Antrag Begutachtung ist gestellt
9. Beruf	erlernter Beruf			
	zuletzt ausgeübte Tätigkeit			
10. Kinder (Anzahl)	Volljährige		Minderjährige	
11. Angehörige <small>(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)</small>	a) Name, Vorname		Verwandtschaftsgrad	Telefon
	Anschrift			
	b) Name, Vorname		Verwandtschaftsgrad	Telefon
	Anschrift			
	c) Name, Vorname		Verwandtschaftsgrad	Telefon
Anschrift				
12. Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/>	Name Betreuer/in / Bevollmächtigte/r		Telefon	
	Betreuung <input type="checkbox"/>		Anschrift	
	Name Ersatzbetreuer/in / Ersatzbevollmächtigte/r		Telefon	
	keine Vorsorgevollmacht oder Betreuung <input type="checkbox"/>		Anschrift	
		E-Mail		
13. Name des Hausarztes/Hausärztin	Name		Anschrift	
14. Krankenkasse	Name		Mitgliedsnummer	Versicherungsverhältnis



Anmeldung Heimaufnahme, Kurzzeitpflege, Tagespflege

Geltungsbereich: **AWO ER, AWO SONNE, AWO SSD**
Bereich: stationäre Pflege und stationäre Eingliederungshilfe

15. Pflegekasse	Name	Mitgliedsnummer	Versicherungsverhältnis
16. Bei Familienhilfe:	des Versicherten Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Arbeitgeber oder Versicherungsverhältnis		
17. Beamtenrechtlicher oder vergleichbarer Beihilfeanspruch	Bezeichnung der Beihilfestelle		
18. Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)	Art des Einkommens	zahlende Stelle	Betrag in €
	Art des Einkommens	zahlende Stelle	Betrag in €
	Art des Einkommens	zahlende Stelle	Betrag in €
19. Kostenträger (zutreffendes bitte ankreuzen)	Die Heimkosten werden aufgebracht durch:		
	<input type="checkbox"/> das oben angeführte monatliche Einkommen (Eigenanteil)		
	<input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben etc.)		
	<input type="checkbox"/> Zahlungen von <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Unfallversicherungsträger <input type="checkbox"/> sonstige:		
<input type="checkbox"/> das zuständige Sozialamt in _____ bzw. den überörtlichen Sozialhilfeträger			
20. Gewünschte Unterbringung	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer		
21. Termin der Heimaufnahme	Wann wird die Aufnahme gewünscht?		
22. Frühere Unterbringungen (Einrichtung, Zeitraum, Grund)			
23. Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht?			
24. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden in welcher Eigenschaft?	Name und ggf. Anschrift		Eigenschaft
25. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen			

Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in