


Name der Einrichtung: _____

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen!

Name		Geburtsname	
Vorname(n) Rufname bitte unterstreichen			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit	
Letzte Eheschließung / Verpartnerung	Datum	Ort	
Bei Verwitweten	Name der Ehefrau/des Ehemannes/der Partnerin/des Partners:		
	Geburtsdatum:		Sterbedatum:
Wohnung (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet			
derzeitiger Aufenthalt			
derzeitiger Hausarzt			
Besteht eine gesetzliche Betreuung?	ja	nein	Zuständiges Amtsgericht
wurde beantragt am			
Falls ja, Name, Anschrift und Telefon des Betreuers / der Betreuerin			
Besteht eine Vollmacht? (z.B. Generalvollmacht, Vorsorgevollmacht)	ja	nein	Name, Anschrift und Telefon des Bevollmächtigten
Zuständige Kranken-/Pflegekasse		Mitgliedsnummer bei der Krankenkasse	
Der Pflegekassenbescheid liegt vor	ja	nein	Stufe
beantragt am:			
Der Eigenanteil der Kosten kann aus eigenen Mitteln aufgebracht werden			ja
			nein
Falls nein	Sozialhilfeantrag wurde gestellt am:	Aktenzeichen(falls bekannt)	Zuständiges Sozialamt
Besteht eine Beihilfeberechtigung?			ja
			nein
Bankverbindung (bitte immer angeben)	IBAN		
	BIC		
	Name der Bank		
	Kontoinhaber		
	Einzugsermächtigung? Wenn ja, bitte Formular ausfüllen		ja

Angehörige/Bezugspersonen

1.	Name, Vorname		Beziehung zum Bewohner	
	Anschrift			
	Telefon privat	Telefon geschäftlich	Mobiltelefon	
2.	Name, Vorname		Beziehung zum Bewohner	
	Anschrift			
	Telefon privat	Telefon geschäftlich	Mobiltelefon	
3.	Name, Vorname		Beziehung zum Bewohner	
	Anschrift			
	Telefon privat	Telefon geschäftlich	Mobiltelefon	
4.	Name, Vorname		Beziehung zum Bewohner	
	Anschrift			
	Telefon privat	Telefon geschäftlich	Mobiltelefon	
Wer ist berechtigt Auskünfte zum Bewohner/Tagespflegegast zu erhalten? (Bitte in der rechten Spalte ankreuzen)				
Wer soll die Rechnung erhalten:		Bewohner/Tagespflegegast	Angehöriger Nr.	

Bei der Anmeldung sind vorzulegen:

- Bescheid der Pflegekasse
- Betreuungsbeschluss/Betreuerausweis/Vollmachten
- Rentenbescheid
- ärztlicher Bericht
- Krankenversichertenkarte / Befreiungsausweis
- Personalausweis
- Schwerbehindertenausweis (falls vorhanden)

Hiermit bestätige ich ausdrücklich, dass die Angaben zur Finanzierung des Heimaufenthaltes oder Tagespflegebesuches wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Beginn Heimaufenthalt / Tagespflegebesuch

Zeitraum Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege