



AUFNAHMEANTRAG

Aufnahme erfolgt am: _____

(* *Nichtzutreffendes bitte streichen*)

I. Antragsteller/-in	
Familienname:	
Vorname:	
Geburtsname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort (Kreis):	
Familienstand:	
Konfession:	Katholisch _____ Evangelisch _____ andere: _____ <i>(genaue Bezeichnung)</i>
Staatsangehörigkeit:	
Letzte Anschrift:	Straße, PLZ, Ort (Kreis) Telefon-Nr.:
II. Ehegatte/ Ehegattin der Antragstellerin/ des Antragstellers	
Vorname:	
Geburtsname:	
III. Bezugsperson der Antragstellerin / des Antragstellers	
Familienname, Vorname:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon-Nr.:	
E-Mail-Adresse:	

IV. Kinder der Antragstellerin / des Antragstellers	
Familiennamen, Vorname:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Beruf:	
Telefon-Nr.:	
E-Mail-Adresse:	
Familiennamen, Vorname:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Beruf:	
Telefon-Nr.:	
E-Mail-Adresse:	
Familiennamen, Vorname:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Beruf:	
Telefon-Nr.:	
E-Mail-Adresse:	
V. Weitere Angehörige	
Verwandtschaftsgrad:	
Familiennamen, Vorname:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Beruf:	
Telefon-Nr.:	
E-Mail-Adresse:	

VI. Welche Einstufung liegt vor?

Pflegegrad II ___ Pflegegrad III ___ Pflegegrad IV ___ Pflegegrad V ___

VII. Hausärztin / Hausarzt der Antragstellerin / des Antragstellers

Familiennamen, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon-Nr. / Telefax-Nr.:

E-Mail-Adresse:

VIII. Vollmachten der Antragstellerin / des Antragstellers, die vorliegen**Vorsorgevollmacht**

Familiennamen, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon-Nr. / Telefax-Nr.:

E-Mail-Adresse:

Kontovollmacht

Familiennamen, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon-Nr. / Telefax-Nr.:

E-Mail-Adresse:

BetreuungsvollmachtEs liegt eine Betreuung vor
(vom Amtsgericht)

Ja ___

Nein ___

Bestellter Betreuer:

Familiennamen, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon-Nr.:

IX. Versicherungen der Antragstellerin/ des Antragstellers	
Krankenversicherung	
Name der Krankenkasse:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Versichertennummer [Mitglieds-Nr.]:	
Pflegeversicherung	
Name der Pflegekasse:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Privathaftpflichtversicherung vorhanden:	Ja___ Nein___
Hausratversicherung vorhanden:	Ja___ Nein___
Sonstige vorhanden: Unfall	Ja___ Nein___
X. Kostenübernahmeverpflichtung [für nicht gedeckte Heimkosten]	
<p>Ich _____ [Vorname, Familienname], vorab unter Punkt _____ eingetragen, verpflichte mich, die nicht gedeckten Kosten des Heimplatzes in voller Höhe zu tragen.</p>	
XI. Kostenübernahmeverpflichtung [Gesamtkosten] - bei Nichtoffenlegung der Vermögenswerte -	
<p>Ich _____ [Vorname, Familienname], vorab unter Punkt _____ eingetragen, verpflichte mich, die Gesamtkosten des Heim- platzes in voller Höhe zu tragen.</p>	
XII. Bankeinzug	
Bankeinzug gewünscht?	Ja___ Nein___ (SEPA-Lastschriftmandat wird separat ausgehändigt)

Der folgende Punkt ist auszufüllen, wenn die Heimkosten weder von der Bewohnerin/ dem Bewohner noch von den Angehörigen getragen werden können.

XIII. Sozialhilfeantrag	
Sozialhilfeantrag gestellt?	Ja___ Nein___
Sozialamt:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Aktenzeichen:	
Antragstellung / Datum vom:	

Abschluss-Erklärung:

Ich erkläre ausdrücklich, davon in Kenntnis gesetzt worden zu sein, dass die Heimaufnahme ohne die Akzeptanz folgender Punkte und ohne die Beibringung folgender Formulare nicht möglich ist:

- *Vor der Heimaufnahme ist von der Antragstellerin / dem Antragsteller oder deren Vertrauten die Klärung des **Kostenträgers** definitiv durchzuführen (Kostenübernahme durch das Sozialamt, oder der Unterzeichner tritt als Selbstzahler auf).*
- *Der/Die **Unterzeichner/-in** erklärt ausdrücklich, dass dieser Antrag von ihm/ihr vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt wurde.*

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/-in

Und / Oder: Unterschrift von vorab unter Seite 1, Punkt c. eingetragener Person