

## Anmeldung

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen      | Gewünschte Wohnungsgröße: _____   |
| <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege | Gewünschter Aufnahmetermin: _____ |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege        | von: _____ bis: _____             |
| <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege   | von: _____ bis: _____             |

<b>Persönliche Daten des zukünftigen Bewohners oder Mieters</b>	
Familiennamen:	
Vorname:	
Geburtsname:	
bisherige Adresse:	
bisherige Telefonnummer:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Konfession:	
Staatsangehörigkeit:	
Hausarzt:	
Krankenkasse/Pflegekasse:	
Pflegegrad:	
Versicherungsnummer:	
Erforderlichkeit liegt vor:	
Arzneimittelbefreiung:	



Weitere Angaben des zukünftigen Bewohners		
Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	gültig bis:
Personalausweisnummer:		gültig bis:
Beihilfeberechtigung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
sonstige Befreiung:		
Hinlauftendenz:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Daten des Antragstellers (wenn abweichend vom Bewohner)	
Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Verwandtschaftsgrad:	
Betreuung/Vollmachten	<input type="checkbox"/> Betreuung lt. Bestallung <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter lt. Vollmacht <input type="checkbox"/> Betreuung/Vollmacht besteht <i>nicht</i> <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten

Weitere Angehörige/Betreuer/Bevollmächtigte	
Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Verwandtschaftsgrad:	

<b>Weitere Angehörige/Betreuer/Bevollmächtigte</b>	
Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Verwandtschaftsgrad:	

<b>Weitere Angehörige/Betreuer/Bevollmächtigte</b>	
Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Verwandtschaftsgrad:	

<b>Zweite Person für Betreutes Wohnen</b>	
Name, Vorname:	
Geburtsname:	
Geburtsdatum, -ort:	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Staatsangehörigkeit:	
Hausarzt:	
Krankenkasse/Pflegekasse:	
Pflegegrad:	
Versicherungsnummer:	

Angaben zur Finanzierung	
Einkommensart:	
Höhe des Einkommens:	
Die Pflegekosten werden aufgebracht durch:	<input type="checkbox"/> das oben aufgeführte Einkommen <input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Barvermögen <input type="checkbox"/> Antragstellung Pflegewohngeld <input type="checkbox"/> sonstige Zahlungen: <input type="checkbox"/> das zuständige Amt für Soziale Angelegenheiten
Sozialhilfe:	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe ist bereits beantragt <input type="checkbox"/> Sozialhilfe ist <i>noch nicht</i> beantragt

Auf wessen Empfehlung erfolgt Ihre Anmeldung?
<input type="checkbox"/> Hausarzt
<input type="checkbox"/> Krankenhaus
<input type="checkbox"/> Sozialdienst
<input type="checkbox"/> Angehörige/Bekannte
<input type="checkbox"/> Anzeige
<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> sonstiges:

Gummersbach, den	Unterschrift Antragsteller
Gummersbach, den	Unterschrift Mitarbeiter der Einrichtung