

**Altenheim St. Peter**  
**Hilberstr. 50**  
**45731 Waltrop**

**Anmeldung für den Einzug ins Altenheim Sankt Peter**

**1. Persönliche Angaben:**

- 1.1 Familienname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
geborene(r): \_\_\_\_\_
- 1.2 Anschrift  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_
- 1.3 Derz. Aufenthalt: \_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift, Telefon)  
\_\_\_\_\_
- 1.4 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_
- 1.5 Geburtsort: \_\_\_\_\_
- 1.6 Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden
- 1.7 Konfession: \_\_\_\_\_
- 1.8 Staatsangehörigk.: \_\_\_\_\_
- 1.9 Beruf: \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zu den Angehörigen

### 2.1 Ehegatte

2.1.1 Familienname: \_\_\_\_\_

geborene(r): \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

2.1.2 Anschrift: \_\_\_\_\_

### 2.2 Kinder:

2.2.1 Name, Anschrift, \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### 2.3 Sonstige Ansprechpartner

Name, Anschrift, \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## 3. Berechtigte

Betreuer (nach Betreuungsrecht) oder Inhaber einer Vollmacht

Name, Anschrift, \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Vermögenssorge

Aufenthaltsbestimmungsrecht

Gesundheitsfürsorge

weitere Bereiche: \_\_\_\_\_

Bestellungsurkunde/Vollmacht liegt vor:  ja  nein  wird nachgereicht

## 4. Ansprechpartner für notwendigen Schriftverkehr/Rücksprache

Name, Anschrift, \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## 5. Einkünfte des Aufzunehmenden

- 5.1 Zahlstelle: \_\_\_\_\_  
EUR/Monat: \_\_\_\_\_  
Rentennummer: \_\_\_\_\_
- 5.2 Zahlstelle: \_\_\_\_\_  
EUR/Monat: \_\_\_\_\_  
Rentennummer: \_\_\_\_\_
- 5.3 Sonstige Einkünfte: \_\_\_\_\_  
Zahlstelle: \_\_\_\_\_  
EUR/Monat: \_\_\_\_\_  
Rentenbescheid(e):  liegt bei  wird nachgereicht
- 5,4 Bankverbindung \_\_\_\_\_  
IBAN – Nr. \_\_\_\_\_ BIC – Nr. \_\_\_\_\_

## 6. Finanzierung der Heimentgelte:

- 6.1 Liegt bereits eine Pflegestufe (PS) vor?  
 nein Wenn ja:  PS I  PS II  PS III  
Heimnotwendigkeitsbescheinigung der Pflegekasse  
 liegt bei  wird nachgereicht
- 6.2 Die Heimkosten werden finanziert:
- 6.2.1  ausschließlich mit dem Einkommen (Selbstzahler)  
 Sonstige Kostenträger  
 durch zuständigen Sozialhilfeträger/Sozialamt
- 6.2.2 Der Grundantrag beim zuständigen Sozialamt in \_\_\_\_\_  
wurde gestellt am \_\_\_\_\_

## 7. Krankenkasse/Pflegekasse:

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

**8. Hausarzt**

Name, Anschrift, \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. Weitere Angaben**

9.1 Schwerbehindertenausweis:

ja  nein

Ausweisnummer: \_\_\_\_\_

9.2 Arzneimittelbefreiung:

ja  nein

bis: \_\_\_\_\_

9.3 Rundfunkgebührenbefreiung:

ja  nein

GEZ-Nr.: \_\_\_\_\_

9.4 Testament liegt vor:

ja  nein

wo: \_\_\_\_\_

**10. Ambulante Hilfen**

Werden z. Zt. ambulante Hilfen in Anspruch genommen?  ja  nein

11. Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

12. Gewünschte Wohnform:  Einzelzimmer  Doppelzimmer

**13. Besonderheiten**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift