

Altenheim St. Peter
Hilberstr. 50
45731 Waltrop

Anmeldung für den Einzug ins Altenheim Sankt Peter

1. Persönliche Angaben:

- 1.1 Familienname:** _____
Vorname: _____
Geburtsname: _____
- 1.2 Anschrift**
Straße: _____
PLZ: _____
Wohnort: _____
Telefon: _____
- 1.3 Derzeitiger Aufenthalt:** _____
(Name, Anschrift, Telefon) _____

- 1.4 Geburtsdatum:** _____
- 1.5 Geburtsort:** _____
- 1.6 Familienstand:** ledig verheiratet verwitwet geschieden
- 1.7 Konfession:** _____
- 1.8 Staatsangehörig.:** _____
- 1.9 Beruf:** _____

2. Angaben zu den Angehörigen

2.1 Ehegatte

2.1.1 Familienname: _____

geborene(r): _____

Vorname: _____

Telefon, E-Mail: _____

2.1.2 Anschrift: _____

2.2 Kinder:

2.2.1 Name, Anschrift,
Telefon, E-Mail: _____

2.2.2 Name, Anschrift,
Telefon, E-Mail: _____

2.3 Sonstige Ansprechpartner

Name, Anschrift, _____

Telefon, E-Mail: _____

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, E-Mail: _____

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 _____

BIC _____ IBAN-NR _____

6. Finanzierung der Heimentgelte:

6.1 **Liegt bereits ein Pflegegrad (PG) vor?**

nein **Wenn ja:** PG1 PG2 PG3 PG4 PG5

PG wurde beantragt Höherstufung wurde beantragt

6.2 **Die Heimkosten werden finanziert:**

6.2.1 ausschließlich aus Einkommen u. Vermögen (Selbstzahler)

Sonstige Kostenträger (LWL/BG)

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

Die Fett markierten Felder sind Pflichtfelder.