

Angehörige: 1.	Name:	
	Wie verwandt:	Tel. tagsüber:
	Anschrift:	Mobilrufnummer:
		Email:
Angehörige: 2.	Name:	
	Wie verwandt:	Tel. tagsüber:
	Anschrift:	Mobilrufnummer:
		Email:
Betreuer nach dem Betreuungsrecht: Bescheid / Betreuer- ausweis bitte vorlegen	Name:	
	Anschrift:	Tel. tagsüber:
		Mobilrufnummer:
		Email:
Krankenkasse:		Pflegekasse (falls abweichend):
Mitglieds-Nr.:		Pflegegrad: Pflegekassenbescheid bitte vorlegen
Ein-/Höherstufung beantragt:	<input type="checkbox"/> Ja, am <input type="checkbox"/> Nein	
Heimkosten: Die Heimkosten können aus eigenem Einkommen und Vermögen bestritten werden <input type="checkbox"/> Ja	und zwar durch (Angaben sind freiwillig): <input type="checkbox"/> Rente / Pension; Höhe ca. <input type="checkbox"/> Zusatz- und Betriebsrenten <input type="checkbox"/> Bank-/Sparguthaben <input type="checkbox"/> Sonstiges	
	Beihilfeanspruch <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> monatl. Rechnungskopie für Beihilfe erwünscht <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Nein	Sozialhilfe wird / wurde beim Bezirk Unterfranken – Sozialverwaltung – (bzw. zuständigen Bezirk) beantragt am	
Bezahlung: Selbstzahler <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rechnung an: <input type="checkbox"/> Bewohner <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige: (Name, Vorname)	
Postsendungen für Bewohner: <input type="checkbox"/> auf Wohnbereich (Selbstabholung)	oder <input type="checkbox"/> Zusendung an Bevollmächtigten/Betreuer (kostenfrei, 1 x monatlich mit der Heimkostenabrechnung): (Name, Vorname) ggf. Anschrift falls abweichend zu oben	

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und ausschließlich für die Vorbereitung der Heimaufnahme erhoben!

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers
ggf. gesetzl. Vertreters / Betreuers / Bevollmächtigten

Info an EL, PDL

Fragebogen zur Heimaufnahme

COVID-19 (Corona Virus)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Wohnort:

Vor Einzug in das Wohnstift wurde/n bei mir COVID-19 (Corona-)Viruserkrankung/en diagnostiziert

Ja Datum: Datum:
 (Nachweise/Bestätigungen bitte vorlegen)

Nein es bestand keine COVID-19 (Corona-)Viruserkrankung

Vor Einzug in das Wohnstift erfolgten bei mir folgende COVID-19 (Corona-)Impfungen

Ja 1. Impfung am:

Ja 2. Impfung am:

Ja 3. Impfung am:

Ja 4. Impfung am: (Nachweise/Impfbuch bitte vorlegen)

Nein es erfolgte bisher keine Impfung gegen COVID-19 (Corona)

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und ausschließlich für die Vorbereitung der Heimaufnahme erhoben!

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers
 ggf. gesetzl. Vertreters / Betreuers / Bevollmächtigten