

| | | |
|---|---|-----------------------|
| 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: | Tel. tagsüber: |
| | Anschrift: | 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 _____

Fragebogen zur Heimaufnahme

| COVID-19 (Corona Virus) | |
|---|--|
| Name, Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| | |
| Straße, Haus-Nr.: | |
| PLZ, Wohnort: | |
| | |
| Vor Einzug in das Matthias-Claudius-Heim wurde bei mir eine COVID-19 (Corona-)Viruserkrankung diagnostiziert | |
| <input type="checkbox"/> Ja Datum: | |
| <input type="checkbox"/> Nein es bestand keine COVID-19 (Corona-)Viruserkrankung | |
| | |
| Vor Einzug in das Matthias-Claudius-Heim erfolgte bei mir eine COVID-19 (Corona-)Impfung | |
| <input type="checkbox"/> Ja 1. Impfung am: | |
| <input type="checkbox"/> Ja 2. Impfung am: | |
| <input type="checkbox"/> Ja 3. Impfung am: | |
| <input type="checkbox"/> 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