

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 _____