



**Anmeldung
zum Einzug in das
Sozialzentrum Eisenberg**

Ansprechpartnerin:
Ilona Eichler
Tel. 036691/ 484 50
Fax. 036691/ 484 80
sozialzentrum@awo-shk.de

Eingangsdatum:.....

- Antrag zur Kurzzeitpflege
Antrag zur vollstationären Aufnahme:
Antrag zur Vorsorge:

Familienname:	
Geburtsname:	
Vorname(n):	
Geburtsdatum:	
Geburtsort	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
Konfession:	
Straße / Hausnummer:	
Wohnort / PLZ:	
Größe / Gewicht:	
Letzte Tätigkeit:	
Krankenkasse/Pflegekasse:	
Versicherungsnummer:	
Feststellung des Pflegegrades am:	
Pflegegrad:	
Wer übernimmt die Pflege derzeit?	
Welche Hilfsmittel benutzen Sie?	
Haben Sie einen Betreuer durch Gerichtsbeschluss?	
Haben Sie eine Vorsorgevollmacht?	
Anschrift des nächsten Angehörigen:	Verwandschaftsverhältnis:
Name, Vorname: Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefonnummer:	
Anschrift des Hausarztes:	

Angaben zur Höhe des monatlichen Einkommens:

Rente:	
Witwenrente:	
Sonstige Einkünfte:	

Aus welchem Grund wird die Heimaufnahme gewünscht?

Wer stellt diesen Antrag und in welcher Eigenschaft?

Name:	
Anschrift:	
Verwandtschaftsverhältnis:	

Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen zum Antrag:

Diese Anmeldung ist unverbindlich.
Die Angaben entsprechen den tatsächlichen Gegebenheiten.

Bitte teilen Sie uns umgehend mit, wenn die Heimaufnahme nicht mehr gewünscht wird!

Datum

Unterschrift des Antragstellers