



Tel: 07431-1325-0  
Fax: 07431-53012

## ANMELDUNG

Name:	
(Geburtsname):	
Vorname:	

Angemeldeter Hauptwohnsitz Straße, PLZ, Wohnort:

An die  
Stiftung Augustenhilfe Albstadt  
Sonnenstraße 62 / 64

72458 Albstadt-Ebingen

Derzeitiger Aufenthalt:	Z.Zt. in welchem Krankenhaus/Heim etc:

geboren am:		Konfession:	
in:		Staatsangehörigkeit:	
Familienstand:			

Letzte Eheschließung am:		in:	
falls verwitwet, seit wann:			
falls geschieden, seit wann:			

Ehegatte		
Name:	Vorname:	Tel.:

Kinder, weitere Angehörige (wie verwandt)				privat/geschäftl.
Name, Vorname:	Straße:	PLZ:	Wohnort:	Tel.:

Gesetzl. bestimmter Betreuer, bzw. Bevollmächtigter, bitte Kopie beifügen oder Originale vorlegen				
Name, Vorname:	Straße:	PLZ:	Wohnort:	Tel.:

Hausarzt:				
Name, Vorname:	Straße:	PLZ:	Wohnort:	Tel.:

Das vom Arzt ausgefüllte ärztl. Zeugnis zur Heimanmeldung - liegt bei - folgt.

<b>Fremde Hilfe erforderlich bei/beim:</b>
<input type="checkbox"/> An- und Ausziehen <input type="checkbox"/> Waschen <input type="checkbox"/> Baden <input type="checkbox"/> Zerkleiner der Speisen <input type="checkbox"/> Essen reichen
<input type="checkbox"/> Aufstehen <input type="checkbox"/> Hinliegen <input type="checkbox"/> Hinsetzen <input type="checkbox"/> Gehen
<input type="checkbox"/> Verrichten der Notdurft <input type="checkbox"/> inkontinent (Urin/Stuhl)
<input type="checkbox"/> sonstiges _____

<b>Krankenkasse:</b>	<b>Rezeptgebührenbefreiung:</b>	
<b>Pflegekasse:</b>		
<b>Beihilfe o.a. Kasse:</b>		
<b>Pflegestufe:</b>	<b>seit wann:</b>	<b>beantragt am:</b>

<b>Schwerbehindertenausweis vorhanden:</b>	<b>Grad der SBH:</b>
--	----------------------

Monatliches Einkommen			
Zahlende Stelle:	Art:	Betrag:	Anmerkungen

<b>Kostenträger</b>	Das Heimentgelt wird aufgebracht durch: (ja/nein oder sonstige Angaben)
das oben aufgeführte mon. Einkommen:	
<b>Zuzahlung aus dem Barvermögen:</b>	
das zuständige Sozialamt in:	
Ich erkläre gegenüber der Stiftung Augustenhilfe Ebingen, daß bei einem Heimeinzug die Kosten gedeckt sind	

Gewünschte Unterbringung:	EZ	DZ	sonstiges

Die Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.	
_____	_____
<b>Albstadt, den:</b>	<b>Unterschrift Antragsteller:</b>

Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des / der aufzunehmenden Person oder Bevollmächtigten

<b>Ich/Wir ermächtige/n die Augustenhilfe zum Lastschrifteinzug der Heimentgelte</b>	
Kto.-Nr.:	BLZ:
Name der Bank:	
_____	_____
<b>Albstadt, den:</b>	<b>Unterschrift Antragsteller:</b>

Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des / der aufzunehmenden Person oder Bevollmächtigten