

ANMELDUNG

Name:	
(Geburtsname):	
Vorname:	

Angemeldeter Hauptwohnsitz Straße, PLZ, Wohnort:

An das
Seniorenzentrum Albstadt
Adlerstraße 6

72461 Albstadt-Tailfingen

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.

Fremde Hilfe erforderlich bei/beim:	
<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 _____	

Krankenkasse:	Rezeptgebührenbefreiung:	
Pflegekasse:		
Beihilfe o.a. Kasse:		
Pflegestufe:	seit wann:	beantragt am:

Schwerbehindertenausweis vorhanden:	Grad der SBH:
-------------------------------------	---------------

Monatliches Einkommen			
Zahlende Stelle:	Art:	Betrag:	Anmerkungen

Kostenträger	Das Heimentgelt wird aufgebracht durch: (ja/nein oder sonstige Angaben)
das oben aufgeführte mon. Einkommen:	
Zuzahlung aus dem Barvermögen:	
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.	
_____	_____
Albstadt, den:	Unterschrift Antragsteller:

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

Ich/Wir ermächtige/n die Augustenhilfe zum Lastschriftinzug der Heimentgelte	
Kto.-Nr.:	BLZ:
Name der Bank:	

_____	_____
Albstadt, den:	Unterschrift Antragsteller:

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