

**Anmeldung:**

|                |  |
|----------------|--|
| Name:          |  |
| (Geburtsname): |  |
| Vorname:       |  |



An das  
Seniorenzentrum Albstadt  
Adlerstraße 6

72461 Albstadt-Tailfingen

|                             |
|-----------------------------|
| Angemeldeter Hauptwohnsitz: |
| Strasse:                    |
| PLZ:                        |
| Wohnort:                    |

|  |
|--|
| Derzeitiger Aufenthalt: (z.B. in welchem Krankenhaus/Einrichtung/etc.) |
|  |

|                |  |                      |  |
|----------------|--|----------------------|--|
| geboren am:    |  | Konfession:          |  |
| in:            |  | Staatsangehörigkeit: |  |
| Familienstand: |  |                      |  |

|                  |  |          |  |
|------------------|--|----------|--|
| <b>Ehegatte:</b> |  | Telefon: |  |
| Name:            |  | Vorname: |  |

|                        |  |                      |  |
|------------------------|--|----------------------|--|
| Kranken-/Pflegekasse:  |  | Rezeptgeb.befreiung: |  |
| Beihilfe o.a. Kasse:   |  |                      |  |
| Pflegegrad:            |  | Seit wann:           |  |
|                        |  | Bzw. beantragt wann: |  |
| Schwerbeh.ausw. vorh.: |  | Grad der SBH:        |  |

**Kinder, weitere Angehörige (Verwandtschaftsgrad)**

| Name, Vorname: | Strasse: | PLZ: | Wohnort: | Tel. (priv./gesch.) |
|----------------|----------|------|----------|---------------------|
|                |          |      |          |                     |
|                |          |      |          |                     |
|                |          |      |          |                     |
|                |          |      |          |                     |

**Gesetzl. Bestimmter Betreuer, bzw. Bevollmächtigter, durch beizulegende Kopie zu bestätigen:**

| Name, Vorname: | Strasse: | PLZ: | Wohnort: | Tel. (priv./gesch.) |
|----------------|----------|------|----------|---------------------|
|                |          |      |          |                     |
|                |          |      |          |                     |
|                |          |      |          |                     |
|                | e-mail:  |      |          |                     |

**Hausarzt:**

| Name, Vorname: | Strasse: | PLZ: | Wohnort: | Tel. (priv./gesch.) |
|----------------|----------|------|----------|---------------------|
|                |          |      |          |                     |
|                |          |      |          |                     |

**Zahnarzt:**

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

**WICHTIG: Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei ja:  / folgt:**

## Anmeldung:

|                |  |
|----------------|--|
| Name:          |  |
| (Geburtsname): |  |
| Vorname:       |  |



| Fremde Hilfe erforderlich bei/beim:              |                                      |                                       |  |  |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden      | <input type="checkbox"/> Waschen     | <input type="checkbox"/> Baden        | <input type="checkbox"/> Zerkleinern der Speisen | <input type="checkbox"/> Essen reichen |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen               | <input type="checkbox"/> Hinlegen    | <input type="checkbox"/> Gehen        |  |  |
| <input type="checkbox"/> Verrichten der Notdurft | <input type="checkbox"/> Inkontinent | <input type="checkbox"/> Urin-Inkont. | Stuhl-Inkont.                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:              |                                      |                                       |  |  |

|  |                                       |  |   |
|--|---------------------------------------|--|---|
| Die <b>Finanzierung des Heimentgelt</b> -Eigenanteils stelle ich selbst sicher:  |                                       |  | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein                         |
| Monatliches Einkommen<br>Zahlende Stelle (RentenV. etc.):  | Art.                                  | Betrag in Euro:                        | Anmerkungen   |
|  |                                       |  |   |
|  |                                       |  |   |
|  |                                       |  |   |
| Rechnungsempfänger: Name, Adresse:   |                                       |  |   |
| Der Eigenanteil wird durch obige monatl. Einkommen beglichen:  |                                       |  | <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein                         |
| Wenn nicht reichend, zusätzl. durch:   |                                       |  |   |
| Zuzahlung aus vorhand.<br>Barvermögen:   |                                       |  |   |
| Leistungen des Sozialamtes in:   |                                       |  | Antrag ist gestellt:<br><input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein |
| Nachweis zur Eigenanteil-<br>Finanzierung:   |                                       |  | Sind vorlegbar:<br><input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein      |
| Ich erkläre gegenüber der Stiftung Augustenhilfe Albstadt, dass bei einem Heimeinzug die Kosten gedeckt sind und dass bei nicht ausreichenden Einnahmen und/oder nicht ausreichendem Vermögen der Sozialhilfeantrag gestellt ist oder gestellt wird sowie dass dem Sozialamt alle von dort angeforderten Unterlagen zur Prüfung abgegeben werden.  |                                       |  | Unterschrift Antragsteller:<br><b>x</b>   |
| Gewünschte Unterbringung:  | <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> Doppelzi.     | Sonstiges:  |
| Im Falle einer Heimaufnahme bitte ich um Unterlagen-Vorbereitung zum Lastschriftzug:   |                                       |  |   |
| IBAN:  |                                       |  |   |
| Name der Bank:   |                                       |  |   |
| Die Heimaufnahme kann erst nach vollständiger Klärung der Angaben zur Kostenübernahme und nach Prüfung des ärztlichen Fragebogens angeboten werden. Eine Kostenverpflichtung entsteht erst ab Ihrer Annahme eines Ihnen angebotenen Pflegeplatzes.<br><b>Meine zur Heimaufnahme-Prüfung erforderlichen Angaben entsprechen den Tatsachen.</b> Die oben genannten Regelungen zur Heimkostendeckung bestätige ich. |                                       |  |   |
| <b>x</b>   |                                       | <b>x</b>                               |   |
| Ort, Datum   |                                       | Unterschrift Aufnahme-Antragsteller/in |   |

|   |  |
|---|--|
| Für unsere diakonische Einrichtung gilt das Datenschutzgesetz der Evang. Kirche Deutschland. Informationen zur Datenverarbeitung und Schweigepflicht mit Angaben zur Verarbeitung personenbezogener Bewohner-Daten sowie zu Ihren Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung usw. sind am Empfang/Zentrale ausgehängt. Wenn Sie die Aushändigung einer Kopie wünschen, wenden Sie sich bitte an Empfang/Zentrale. Heimverträge werden mit einer ausführlichen Anlage zum Datenschutz abgeschlossen. <b>Ich erkläre mein Einverständnis zur erforderlichen Datenverarbeitung der oben genannten Daten zur Anmeldung für eine Heimaufnahme:</b> |  |
| <b>x</b>  |  |
| Ort, Datum  |  |
| Unterschrift Aufnahme-Antragsteller/in  |  |