

## Anfrage für einen Heimplatz:

- Hilfe zur Pflege
- Eingliederungshilfe
- Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege
- geschützter Bereich
- Beschluss liegt vor
- Beschluss ist beantragt am:

Von: \_\_\_\_\_

Bis: \_\_\_\_\_

## Angaben zum Bewohnenden:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

## Angaben zu Familienangehörigen:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Version 1.0	erstellt / geändert	geprüft / freigegeben
Gültig ab 21.03.2022	N. Wolf	PDL's und QM

**Angaben zur gesetzlichen Betreuung/ Vorsorgebevollmächtigten Person:**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Funktion:  Betreuer/in  Vorsorgebevollmächtigte/r

Vollmacht:  Post  Vermögen  Gesundheit  
 Finanzen  Aufenthalt  Behörden

**Pflegegrad:**

Hilfe zur Pflege:  1  2  3  4  5  
 Beantragt am: \_\_\_\_\_

**Hilfebedarfsgruppe:**

Eingliederungshilfe:  1  2  3  4  5  
 Beantragt am: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse/ Pflegekasse:**

Name und Anschrift: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreit:  ja  nein

Schwerbehindertenausweis:  ja \_\_\_\_\_%  nein  beantragt

**Heimkosten:**

Selbstzahler  Sozialhilfe  Rente \_\_\_\_\_ €/ Monat

Arbeitsagentur

Zuständiges Sozialamt:

Name und Anschrift: \_\_\_\_\_

Version 1.0	erstellt / geändert	geprüft / freigegeben
Gültig ab 21.03.2022	N. Wolf	PDL's und QM