

AWO Seniorenbetreuung Neustadt GmbH  
Altenwohn- und Pflegeheim  
"Marie Juchacz"  
Hans-Böckler-Str. 2  
91413 Neustadt/Aisch  
Tel. 09161/7860

Vom Heim auszufüllen:

Einzug am: .....

# Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Nachname: ..... Geburtsname: .....

Vorname(n): .....

geb. am: ..... in: .....

Familienstand: ..... Staatsangehörigkeit: ..... Religion: .....

Wohnung: ..... Früherer Beruf: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Ehegatte (Vor- und Zuname) ..... geb. am: .....

früherer Beruf: ..... Todestag: ..... Rel.: .....

Eheschließung am: ..... in: .....

Krankenversicherung (Anschrift) ..... Vers.-Nr. ....

Einstufung in Pflegegrad: .....  noch nicht eingest.  Einst. beantragt am.....

Hausarzt (Name und Anschrift) .....

Angehörige oder Betreuer:  Vollmacht  Betreuung

Name und Anschrift: ..... Telefon: ..... Verwandtschaftsgrad: .....

bitte wenden!

- Rezeptgebührenbefreiung bitte abgeben falls vorhanden
- Rundfunkgebührenbefreiung bitte abgeben falls vorhanden
- Schwerbehindertenausweis bitte abgeben falls vorhanden

**Kostenträger:** (Wer zahlt den Heimkosten-Eigenanteil)

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Selbstzahler</li> <li><input type="checkbox"/> durch mtl. Einkommen (Renten, Mieten, etc.)</li> <li><input type="checkbox"/> durch Vermögen / Ersparnisse</li> <li><input type="checkbox"/> Zuzahlung von Beihilfe</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Zuzahlung durch das Sozialamt</li> <li>Bezirk:.....</li> <li><b>Die Zusage des Sozialamtes</b></li> <li><input type="checkbox"/> liegt bei</li> <li><input type="checkbox"/> Antrag wurde gestellt am.....</li> </ul> |
|---|---|

**Die Zusage des Sozialamtes wird vor dem Einzug benötigt!**

**Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht?**

.....

.....

**Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden? Name und genaue Anschrift:**

.....

**Den vom Arzt ausgefüllten Fragebogen bitte beilegen!!!**

....., den .....

Unterschrift:.....