



Antrag auf Heimaufnahme

Eingliederungshilfe nach SGB XII

vollstationäre Pflegeeinrichtung SGB XI

Name:	Vorname:	
Geburtsname:	geboren am:	
Geburtsort:	Familienstand:	
Konfession:	Staatsangehörigkeit:	
Anschrift:	Telefonnummer:	
Beruf:	Krankenkasse: Zuzahlungsbefreiung für das Jahr	
	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor	
Hausarzt mit Anschrift und Telefon:	Pflegekasse: vorliegende Pflegestufe	
	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	
Kostenträger Eingliederungshilfe/Selbstzahler:	Grundanerkennnis nach SGB XII:	
	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt noch nicht vor	
	Antrag beim Sozialamt gestellt am	
Gesetzlicher Betreuer/Bevollmächtigter mit Anschrift und Telefon:	Aufgabenkreise gesetzliche Betreuung:	
	-..... -.....	
	-..... -.....	
	-..... -.....	
	-..... -.....	
Ärztliches Attest (frei von ansteckenden Krankheiten)	Schwerbehindertenausweis	
<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor, wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor	
	Merkmal: Behinderungsgrad:.....	
Name, Vorname - nächster Angehöriger	Bezug	Anschrift/ Telefon

Hoym/Anhalt,

In Kooperation mit

.....
Unterschrift betreffende Person.....
rechtlicher Betreuer/Bevollmächtigter