

ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

stationäre Pflege

Kurzzeit-/Verhinderungspflege

1) Persönliche Angaben

Vor- und Zuname

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefon

Geburtsname

Geburtsname

Geburtsort

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

Pflegegrad ambulant

Pflegegrad vollstationär

gewünschtes Aufnahmedatum

2) Angehörige

Name

wie verwandt?

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefon

Name

wie verwandt?

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefon

3) Betreuer Vorsorgebevollmächtigter

Name

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefon

Wirkungskreise der Betreuung:

4) Bemerkungen:

5) Kostenträger:

Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?

ja

nein

Wenn ja: Welches Sozialamt ist zuständig?

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/ der Antragstellerin

Bankverbindung

Deutsche Kreditbank AG

BIC: BYLADEM1001

IBAN: DE96 1203 0000 1020 3396 59

Amtsgericht Frankfurt (Oder)

HRB 15468 FF

Steuer-Nummer: 061/125/00721

Finanzamt Frankfurt (Oder)

Geschäftsführerin

Ulla Mulalić

Aufsichtsratsvorsitzende

Sabine Tischendorf