


	Formular	Aufnahmeantrag (HSB)
---	----------	-----------------------------

AWO Haus Sonnenblick Gemeinschaftliches Wohnen Ambulant Betreutes Wohnen Sudetenstr. 81 97737 Gemünden a. Main Tel: 09351/3717 Fax: 09351/ 99785 Email: haus-sonnenblick@awo-unterfranken.de		Bezirksverband Unterfranken e.V.
--	--	--

Persönliche Daten

Name, Vorname des Interessenten / der Interessentin	Geburtsname
Geburtsdatum, Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Familienstand	Konfession
Anschrift	
Telefonnummer	E-Mail

Derzeitiger Aufenthalt Anschrift wie oben Klinik / andere Einrichtung / sonstiger Aufenthaltsort (welche, Anschrift)

Mögliche / erforderliche Aufnahme im Bereich

<input type="checkbox"/> Gemeinschaftliches Wohnen (stationäres Wohnen)	
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Führungsaufsicht befristet bis <i>(bitte Kopie der Führungsaufgaben beilegen)</i>
<input type="checkbox"/> Aufsuchende Assistenz (Ambulant Betreutes Wohnen)	
<input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft der Einrichtung	<input type="checkbox"/> Eigene Wohnung

Diagnosen

Krankenkasse

Versichertennummer	Versichertenkarte gültig bis
Name und Anschrift der Krankenkasse	
Zuzahlungsbefreiung ist vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>(bitte Kopie der Befreiung bei Einzug vorlegen)</i>	

	Formular	Aufnahmeantrag (HSB)
---	-----------------	-----------------------------

Pflegegrad besteht <i>(Nachweis bitte bei Vorlegen)</i>	<input type="checkbox"/> ja, Grad:	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Pflegegrad wurde beantragt am:		

Schwerbehindertenausweis vorhanden <i>(Ausweiskopie bitte bei Vorlegen)</i>	<input type="checkbox"/> ja, GdB:	gültig bis: Merkzeichen:
Schwerbehindertenausweis beantragt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am:

Hausarzt / Hausärztin	
Name, Vorname	
Anschrift der Praxis	

Psychiater / Psychiaterin, Neurologe / Neurologin	
Name, Vorname	
Anschrift der Praxis	

Kontakte - Angehörige*r / andere Vertrauensperson	
Name, Vorname	Verwandtschaftsverhältnis bzw. Verhältnis zum Interessenten / zur Interessentin
Anschrift	
Telefonnummer	E-Mail

Vertretung des Interessenten / der Interessentin	
<input type="checkbox"/> Gerichtlich bestellte Betreuung <i>(bitte Kopie Betreuungsausweis und Beschluss des Amtsgerichts vor Maßnahmenbeginn Vorlegen)</i> Für folgende Bereiche: <input type="checkbox"/> Vertretung der gegenüber Behörden, Ämtern und Versicherungen <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Vermögensvorsorge <input type="checkbox"/> Bestimmung des Aufenthalts <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigung liegt vor <i>(bitte Kopie der Vollmacht vor Maßnahmenbeginn Vorlegen)</i>
Name, Vorname rechtlicher Betreuer*in / Bevollmächtigte*r	
Anschrift	
Telefonnummer	E-Mail
Fax	

	Formular	Aufnahmeantrag (HSB)
---	----------	-----------------------------

Finanzierung des Aufenthaltes / der Maßnahme

<input type="checkbox"/> Zuständiger Kostenträger für Fachleistung bzw. Betreuungsleistungen im Bereich ABW:	<input type="checkbox"/> Selbstzahler für Fachleistung / Betreuungsleistungen
<input type="checkbox"/> Kostenübernahme wurde beantragt am:	
<input type="checkbox"/> Vorläufige Kostenzusage liegt vor <i>(Nachweis bitte beifügen)</i>	
<input type="checkbox"/> Zuständiger Kostenträger für Miete und Verpflegung:	
<input type="checkbox"/> Kostenübernahme wurde beantragt am:	
<input type="checkbox"/> Vorläufige Kostenzusage liegt vor <i>(Nachweis bitte beifügen)</i>	

Sonstige relevante Angaben

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum Unterschrift Interessent*in und/oder Betreuer*in / Bevollmächtigte*r

Geltungsbereich: Besondere Wohnformen in der Eingliederungshilfe		Revision: 002/10.2024	
Bearbeitung: Fischer, Axel	Prüfung: Fischer, Axel	Freigabe: Fischer, Axel	Seite: 3