

Kontaktadressen / Angehörige:

Angehörige*r Nr. 1

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Angehörige*r Nr. 2

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Vertretung des*der Bewohner*in

Alle vorhandenen schriftlichen Nachweise müssen zur Aufnahme vorliegen

Der*die Bewohner*in ist voll geschäftsfähig. Der*die Bewohner*in ist nicht geschäftsfähig

Unabhängig davon ist eine Vollmacht zur Durchführung von Erledigungen (Auskunftsberechtigung, Vertretung gegenüber Behörden und Ämtern, Antragstellung, Zahlungsverkehr, Vertragsabwicklung, etc.) dringend zu empfehlen.

Amtlich bestellte Betreuung ist beantragt am _____ von _____

besteht seit _____ zuständiges Amtsgericht _____

Vollmacht (Genauere Bezeichnung der Vollmacht) _____

Name: _____

Kontaktdaten: _____

Patientenverfügung vorhanden ja nein

Finanzierung des Heimaufenthaltes:

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in €

Die Finanzierung des Heimaufenthaltes wird aufgebracht durch:

das oben angeführte monatliche Einkommen

Zuzahlung aus verwertbarem Vermögen (z.B. Depot etc.)

Höhe des verwertbaren Vermögens: ca. _____ Euro

das zuständige Sozialamt in _____

Sozialhilfeantrag wurde/wird gestellt bei Behörde _____

wurde/wird gestellt am _____ von _____ -- _____

Aktenzeichen SHV _____ Sachbearbeiter*in SHV _____

Es muss erkennbar sein, ob die Heimkosten selbst getragen werden können, oder eine Kostenübernahme beim zuständigen Sozialhilfeträger beantragt wird.

