

Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bei Pflegebedürftigkeit

mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

Engelstr. 68-78, 54292 Trier

Telefon (0651) 2004-0

Telefax (0651) 2004-980

www.mutter-rosa.de

mail: info@mutter-rosa.de

Familienname _____ Geburtsname _____
 Vorname(n) _____ Geburtsdatum _____-ort _____
 PLZ/Wohnort _____ Familienstand _____
 Straße _____ Konfession _____ Staatsang. _____
 Telefon _____ Krankenkasse _____

Derzeitiger Aufenthalt (bei Abweichung)

PLZ/Ort _____ Straße _____

Angehörige: Name und Vorname	Verwand.- verhältnis	PLZ	Wohnort	Straße	Telefon
amtl. bestellte/r Betreuer/in					
Antragsteller (bei Abweichung)					

Hausarzt:	Facharzt:
Pflegebedarf ist gegeben: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Begutachtung stattgefunden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Antrag auf Pflegegeld/Pflegeleistungen gestellt?	<input type="radio"/> Pfl.stufe 0 <input type="radio"/> Pfl.grad 1 <input type="radio"/> Pfl.grad 2
<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> Pfl.grad 3 <input type="radio"/> Pfl.grad 4 <input type="radio"/> Pfl.grad 5

Um Sie in Finanzierungsfragen beraten zu können und Sie ggf. vor finanziellem Schaden gegenüber den Kostenträgern zu bewahren, bitten wir um folgende Angaben:

- Die zur Verfügung stehenden Mittel sind kostendeckend.
 Regelmäßiges monatliches Einkommen € _____ Eintragung
 ggf. ergänzt durch vorhandenes Vermögen von insgesamt € _____ freigestellt
- Die zur Verfügung stehenden Mittel reichen zur Kostendeckung nicht aus. Deshalb wird/wurde ein Antrag auf Kostenübernahme bei dem zuständigen Sozialhilfeträger gestellt.

Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht?

Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden? (z. B. Bekannte, Inserate, Internet, Bewohner unseres Hauses)

Ist die Anmeldung dringend oder vorsorglich?

_____ Ort/ Datum _____ Unterschrift

Beratungsgespräch hat stattgefunden