



## Anmeldeformular Kurzzeit- oder vollstationäre Pflege

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Meldeadresse Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt:  Krankenhaus  Reha  anderes Pflegeheim  
 zu Hause  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort/-land: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Name des Ehegatten/Lebenspartners: \_\_\_\_\_

Eheschließung (Datum und Ort): \_\_\_\_\_

Bestand oder besteht eine eheähnliche Gemeinschaft:  ja  nein

Sterbetag/ -ort des Ehegatten: \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner/in für Administration u. Rechnungen**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

- |   |   |   |                                   |
|---|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> aml. Betreuer/in | <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn           | <input type="checkbox"/> Schwester/Bruder | <input type="checkbox"/> Enkel/in |
| <input type="checkbox"/> Vollmacht        | <input type="checkbox"/> Schwiegertochter/-sohn | <input type="checkbox"/> Nichte/Neffe     | <input type="checkbox"/> _____    |

**Weitere/ Angehörige/r**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

- |                                       |   |   |                                   |
|---------------------------------------|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vollmacht    | <input type="checkbox"/> Schwiegertochter/-sohn | <input type="checkbox"/> Schwester/Bruder | <input type="checkbox"/> Enkel/in |
| <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn | <input type="checkbox"/> Cousin/e               | <input type="checkbox"/> Nichte/Neffe     | <input type="checkbox"/> _____    |

**Anzahl der Kinder**       keine       eins       zwei       drei       oder Anzahl \_\_\_\_\_

**Pflegekasse**

(Name/Anschrift/Vers.-Nr.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Pflegegrad**       Grad 1       Grad 2       Grad 3       Grad 4       Grad 5

**Erstinstufung am** \_\_\_\_\_ **Höherstufung läuft aktuell seit** \_\_\_\_\_

**Beihilfeberechtigung als Privatversicherter**       ja       nein

**Bisheriger Hausarzt**

(Name/Anschrift/Telefon) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**übernimmt die Versorgung weiter**       ja       nein

**Facharzt für**

(Name/Anschrift/Telefon)       Neurologie       Orthopädie       Psychotherapie       Psychiatrie  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Schwerbehindertenausweis**  nein       ja, GdB: \_\_\_\_\_ (Kopie Vorder- u. Rückseite)

**Gewünschte Unterbringung**

**Kurzzeitpflege**

**Heimaufnahme**

**Folgende eigene Hilfsmittel werden mitgebracht:**

Rollator    Rollstuhl    Sauerstoffgerät    Sonstiges \_\_\_\_\_

**Gewünschtes Aufnahmedatum** \_\_\_\_\_

**Erforderliche Unterlagen mit Anmeldung in Kopie **KZP** u. **stationär**:**

- Diese Anmeldung mit Unterschrift
- Erklärung zum Einkommen und Vermögen mit Unterschrift
- Betreuungsurkunde bzw. Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügung
- Befreiung von Zuzahlungen
- Ärztlicher Fragebogen oder Krankenhausüberleitung u. Medikamentenplan
- aktueller Einstufungsbescheid der Pflegekasse aus dem häuslichen Bereich

**Erforderliche Unterlagen mit Anmeldung in Kopie **stationär**:**

- aktuelle Rentenbescheide aller Renten
- sonstige Einkünfte (Mieten/Pachten, Einkünfte aus Kapitalvermögen)
- aktuelle Kontoauszüge Girokonto und Sparbuch (mit ersichtlichem Kontostand sowie der Rentenzahlungseingänge)
- Standnachweise Geldanlagen, Fond, Wertpapiere, Versicherungen

**Erforderliche Unterlagen nach Terminzusage vor Vertragsunterzeichnung in Kopie**

****KZP** u. **stationär**:**

- Antrag auf Kurzzeit- bzw. vollstationäre Pflege
- Antrag auf Kostenübernahme vom Sozialamt (Kopie oder Abgabebestätigung) bei geringer Rente und geringem Vermögen
- Heimnotwendigkeit der Pflegeberatung, wenn ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt wird (s. Erklärung Einkommen und Vermögen)

**Erforderliche Unterlagen mit Vertragsunterzeichnung **stationär**:**

- Personalausweis (zur An-/Ummeldung bei der Stadt, verbleibt in der Dokumentation im Wohnbereich)
- Schwerbehindertenausweis

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Das Diakoniewerk Weltersbach ist jederzeit berechtigt, die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben zu prüfen.

\_\_\_\_\_  
**Ort und Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Aufnahmesuchenden bzw. der vertretungs-**



DIAKONIEWERK WELTERSBRACH  
LEICHLINGEN

## Erklärung zum Einkommen und Vermögen **KZP**

Für die Einschätzung, ob die Kosten für den Kurzzeitpflegeaufenthalt durch Ihr Einkommen und/oder Vermögen beglichen werden können, bedarf es einer kurzen Übersicht zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen vor Aufnahme. Anhand der vollständig und korrekt gemachten Angaben können wir im Bedarfsfall entsprechende Maßnahmen einleiten (u. a. eine Bedarfsmeldung beim Sozialhilfeträger oder eine Zahlungszusicherung durch die Angehörigen), wenn die finanziellen Mittel ausgeschöpft sind. Sollten Vermögensteile oder Einkünfte zweckentfremdet werden, verpflichte ich mich, die Fehlbeträge dem Diakoniewerk Weltersbach zu erstatten.

Bewohner/in \_\_\_\_\_

Der Kostenanteil für den Kurzzeitpflegeaufenthalt wird durch eigenes Einkommen bzw. Vermögen oder seitens der Angehörigen beglichen:

ja  nein

Falls nein, es wird ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt:

Zuständiges Sozialamt: \_\_\_\_\_

Sozialhilfeantrag vor Aufnahme gestellt am: \_\_\_\_\_

**Als Nachweis Abgabebestätigung in Kopie vor Aufnahme vorlegen.**

Wird ein Sozialhilfeantrag gestellt, Entlastungsbetrag bei der Pflegekasse erfragen.

In häuslicher Pflege steht der Entlastungsbetrag in Höhe von mtl. 125,00 € zur Verfügung. Wird dieser nicht ausgeschöpft, kann er angesparte Betrag für die Kurzzeitpflege verwendet werden.

Angesparter Entlastungsbetrag:  nein  ja, in Höhe von: \_\_\_\_\_ €

Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflegeaufenthalt/e im lfd. Kalenderjahr bereits erfolgt:

ja  nein

Falls ja:

Bereits in Anspruch genommene Tage: \_\_\_\_\_ Verbrauchtes Budget: \_\_\_\_\_ €

### **Mitwirkungspflichten bei Beantragung von Sozialhilfe nach §§ 60 und 66 SGB 1**

Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt hat oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, wird der Leistungsträger den Sozialhilfeantrag ablehnen bis Sie die erforderlichen Nachweise nicht oder nicht vollständig vorlegen.

### **Bestätigung für die Einrichtung bei Sozialhilfebedarf**

Ich bestätige gegenüber dem Diakoniewerk Weltersbach, dass ich meiner vorgenannten Mitwirkungspflicht nachkomme und alle vom Sozialamt geforderten Nachweise umgehend dort einreiche, so dass der Antrag auf Sozialhilfe ohne Verzögerung bearbeitet werden kann. Eine Ablehnung teile ich dem Diakoniewerk Weltersbach unverzüglich mit. In diesem Fall wendet sich das Diakoniewerk Weltersbach zur Begleichung der ausstehenden Forderung an die Bewohnerin/ den Bewohner bzw. an die vertretungsberechtigte Person.

Des Weiteren bestätige ich die Richtigkeit der Angaben mit meiner Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner/in bzw. vertretungsberechtigte Person