

Datum: _____

Kurzzeitpflege Vollstationär Beihilfeanspruch

Termin der Heimaufnahme:

1. Name, Vorname:

Geburtsdatum:

2. Anschrift (Telefon):.....

3. Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Krankenhaus oder sonstige Adresse angeben):

4. Pflegegrad: 2 3 4 5 seit:

Einstufung beantragt am:

5. Pflegebesonderheiten / Diagnosen (aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht):

6. Wer stellt diesen Antrag in welcher Eigenschaft? **Name, Vorname, Telefon, E-Mail-Adresse:**

7. Kostenübernahme: Selbstzahler Sozialamt

Wir bitten Sie, uns innerhalb von 3 Monaten eine Rückmeldung zu geben, ob der Bedarf weiterhin besteht. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir die Anmeldungen, die außerhalb der 3 Monatsfrist liegen, aus organisatorischen Gründen, sonst nicht berücksichtigen können!

Ort, Datum

Unterschrift Aufzunehmender oder Antragsteller

Bedarf weiterhin aktuell: JA NEIN

Datum:

Handzeichen: