

Kurzzeitpflege

Vollstationär

Beihilfeanspruch

Gewünschter Termin zur 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 Aufzunehmende\*r oder Antragsteller

Von der Einrichtung auszufüllen!

Bedarf weiterhin aktuell:  Ja  Nein

Datum:

Handzeichen: