

**Anmeldung:**

Name:	
(Geburtsname):	
Vorname:	



An die  
Stiftung Augustenhilfe Albstadt  
Sonnenstraße 62/64

72458 Albstadt-Ebingen

Angemeldeter Hauptwohnsitz:
Strasse:
PLZ:
Wohnort:

Derzeitiger Aufenthalt:	(z.B. in welchem Krankenhaus/Einrichtung/etc.)

geboren am:		Konfession:	
in:		Staatsangehörigkeit:	
Familienstand:			

<b>Ehegatte:</b>		Telefon:	
Name:		Vorname:	

Kranken-/Pflegekasse:		Rezeptgeb.befreiung:	
Beihilfe o.a. Kasse:			
Pflegerad:		Seit wann:	
		Bzw. beantragt wann:	
Schwerbeh.ausw. vorh.:		Grad der SBH:	

**Kinder, weitere Angehörige (Verwandtschaftsgrad)**

Name, Vorname:	Strasse:	PLZ:	Wohnort:	Tel. (priv./gesch.)
	e-mail:			

**Gesetzl. Bestimmter Betreuer, bzw. Bevollmächtigter, durch beizulegende Kopie zu bestätigen:**

Name, Vorname:	Strasse:	PLZ:	Wohnort:	Tel. (priv./gesch.)
	e-mail:			

**Hausarzt:**

Name, Vorname:	Strasse:	PLZ:	Wohnort:	Tel. (priv./gesch.)

**Zahnarzt:**

--	--	--	--	--

**WICHTIG: Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei ja:  / folgt:**

## Anmeldung:

Name:	
(Geburtsname):	
Vorname:	



Fremde Hilfe erforderlich bei/beim:				
<input type="checkbox"/> An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> Baden	<input type="checkbox"/> Zerkleinern der Speisen	<input type="checkbox"/> Essen reichen
<input type="checkbox"/> Aufstehen	<input type="checkbox"/> Hinlegen	<input type="checkbox"/> Gehen		
<input type="checkbox"/> Verrichten der Notdurft	<input type="checkbox"/> Inkontinent	<input type="checkbox"/> Urin-Inkont.	Stuhl-Inkont.	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:				

Die <b>Finanzierung des Heimentgelt</b> -Eigenanteils stelle ich selbst sicher:			<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Monatliches Einkommen Zahlende Stelle (RentenV. etc.):	Art:	Betrag in Euro:	Anmerkungen
Rechnungsempfänger: Name, Adresse:			
Der Eigenanteil wird durch obige monatl. Einkommen beglichen:			<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Wenn nicht reichend, zusätzl. durch:			
Zuzahlung aus vorhand. Barvermögen:			
Leistungen des Sozialamtes in:			Antrag ist gestellt: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Nachweis zur Eigenanteil- Finanzierung:			Sind vorlegbar: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Ich erkläre gegenüber der Stiftung Augustenhilfe Albstadt, dass bei einem Heimeinzug die Kosten gedeckt sind und dass bei nicht ausreichenden Einnahmen und/oder nicht ausreichendem Vermögen der Sozialhilfeantrag gestellt ist oder gestellt wird sowie dass dem Sozialamt alle von dort angeforderten Unterlagen zur Prüfung abgegeben werden.			Unterschrift Antragsteller:  ✕ _____
Gewünschte Unterbringung:	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzi.	Sonstiges:
Im Falle einer Heimaufnahme bitte ich um Unterlagen-Vorbereitung zum Lastschriftzug:			
IBAN:			
Name der Bank:			
Die Heimaufnahme kann erst nach vollständiger Klärung der Angaben zur Kostenübernahme und nach Prüfung des ärztlichen Fragebogens angeboten werden. Eine Kostenverpflichtung entsteht erst ab Ihrer Annahme eines Ihnen angebotenen Pflegeplatzes. <b>Meine zur Heimaufnahme-Prüfung erforderlichen Angaben entsprechen den Tatsachen.</b> Die oben genannten Regelungen zur Heimkostendeckung bestätige ich.			
✕		✕	
Ort, Datum		Unterschrift Aufnahme-Antragsteller/in	

Für unsere diakonische Einrichtung gilt das Datenschutzgesetz der Evang. Kirche Deutschland. Informationen zur Datenverarbeitung und Schweigepflicht mit Angaben zur Verarbeitung personenbezogener Bewohner-Daten sowie zu Ihren Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung usw. sind am Empfang/Zentrale ausgehängt. Wenn Sie die Aushändigung einer Kopie wünschen, wenden Sie sich bitte an Empfang/Zentrale. Heimverträge werden mit einer ausführlichen Anlage zum Datenschutz abgeschlossen. <b>Ich erkläre mein Einverständnis zur erforderlichen Datenverarbeitung der oben genannten Daten zur Anmeldung für eine Heimaufnahme:</b>	
✕	
✕	
Ort, Datum	
Unterschrift Aufnahme-Antragsteller/in	