

Name der Einrichtung: **AWO Sozialzentrum „Jung und Alt“**Winterhäuser Straße 11 ● 97084 Würzburg ● Tel.: 0931 6103 0 ● Fax: 0931 6103 505 ● sozialzentrum@awo-unterfranken.de ● www.sozialzentrum-wuerzburg.de

1. Aufnahmetermin: _____		Optionaler Eingangsvermerk:
2. Aufnahme für:		Bereich _____ Zi.-Nr.: _____
<input type="checkbox"/> Stationäre Pflege <input type="checkbox"/> Wohnheim (Wohnen mit Tagesbetreuung)		Tel.-Nr.: _____
<input type="checkbox"/> Ambulant Betreutes Wohnen Würzburg Süd (WG od Einzelwohnen)		Deb.-Nr.: _____
<input type="checkbox"/> Gerontobereich (stationär) <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen (Service-Wohnen)		Verteiler Pflege: _____
<input type="checkbox"/> Kurzzeit- od. Verhinderungspflege von _____ bis _____		
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Einzelzimmer		
3. Persönliche Daten des Kunden		
Name, Vorname _____		
_____ Straße, PLZ, Wohnort, Telefon		
Derzeitiger Aufenthalt <input type="checkbox"/> Privat (wie oben) <input type="checkbox"/> Klinik / andere Einrichtung _____		
Geburtsdatum _____	Geburtsname: _____	
Geburtsort _____	Staatsangehörigkeit: _____	
Familienstand _____	Anzahl der Kinder _____	
Konfession _____	letzte Eheschließung/Standesamt _____	
Schwerbehinderten-Ausweis beantragt / vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja, _____ %, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> Nein <small>(Ausweis / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)</small>		

4. Krankenkasse / Pflegekasse		
_____ Versichertennummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Status	_____ Versicherungskarte gültig bis
_____ Name Krankenkasse / Pflegekasse	_____ Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	
Zuzahlungsbefreiung ist vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>(Befreiung / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)</small>	
Antrag auf Pflegeeingradung ist gestellt	<input type="checkbox"/> Ja, am _____ von _____ <input type="checkbox"/> Nein <small>(Antragskopie bitte bei Einzug vorlegen)</small>	
Aktueller Pflegegrad _____ besteht ab / seit	_____._____._____._____._____._____._____._____. <small>(Schriftlicher Nachweis bitte bei Einzug vorlegen)</small>	
Liegt eine Bewilligung auf erheblich allgemeinen Betreuungsbedarf nach §45a / §87b SGB XI vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt		

5. Ärztliche Versorgung	
Bisheriger Hausarzt	Hausarzt nach Aufnahme
Name, Vorname _____	Name, Vorname _____
Adresse Praxis _____	Adresse Praxis _____
Telefon: _____ Fax: _____	Telefon: _____ Fax: _____
Email: _____	Email: _____

**6. Besonderheiten****7. Kontaktadressen / Angehörige:****Angehörige*r Nr. 1**

Name , Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis : _____

Adresse _____

Telefon: _____ Fax: _____ Mobil: _____ Email: _____

Angehörige*r Nr. 2

Name , Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis : _____

Adresse _____

Telefon: _____ Fax: _____ Mobil: _____ Email: _____

Sonstige Kontaktadresse :

Name , Vorname: _____ Verhältnis zum Bewohner : _____

Adresse _____

Telefon: _____ Fax: _____ Mobil: _____ Wenn nicht mehr Email: _____

Für weitere Kontaktpersonen fügen Sie ein gesondertes Blatt bei. Danke.

8. Vertretung des Kunden / Bewohners**Alle vorhandenen schriftlichen Nachweise müssen zur Aufnahme vorliegen**

- Der Bewohner ist voll geschäftsfähig. der Bewohner ist nicht geschäftsfähig
Unabhängig davon ist eine Vollmacht zur Durchführung von Erledigungen (Auskunftsberechtigung, Vertretung gegenüber Behörden und Ämtern, Antragstellung, Zahlungsverkehr, Vertragsabwicklung, etc.) dringend zu empfehlen

- Vollmacht liegt schriftlich vor (Genaue Bezeichnung der Vollmacht) _____

Name Bevollmächtigter : _____ ggf. Ausstellender Notar : _____

Adresse Bevollmächtigter: _____ Vollmacht ausgestellt am : _____

Telefon: _____ Fax: _____ Mobil: _____ Email: _____

- Amtlich bestellte Betreuung ist beantragt am _____ von _____

besteht seit _____ zuständiges Amtsgericht : _____

Für Betreuungsbereiche : Aufenthalt Gesundheit Vermögen Vertretung ggü. Behörden etc. Entgegennahme/Öffnen der Post

- Heimangelegenheiten Sonstige (bitte benennen): _____

Name / Adresse Betreuer : _____ GNr / AZ Amtsgericht : _____ **XVII**

Adresse Betreuer : _____

Telefon: _____ Fax: _____ Mobil: _____ Email: _____

9. Finanzierung des Heimaufenthaltes

Geltungsbereich: Stationäre Pflege Sozialzentrum Jung und Alt

Revision: 000/11.2022

Bearbeitung:
QZ VWPrüfung:
QBEFreigabe:
EL

Seite: 2

KOSTENTRÄGER: Sozialer KostenträgerSozialhilfeantrag wurde gestellt bei Behörde _____ wurde gestellt am _____ von _____ Aktenzeichen SHV _____ Sachbearbeiter SHV : _____Kostenübernahme ist bereits schriftlich bewilligt (Nachweis bitte beifügen) ist noch nicht entschieden wegen _____ wurde abgelehnt wegen _____ SelbstzahlerRechnungsempfänger ist Bewohner / Betreuer / Bevollmächtigter / Angehöriger Nr. _____

Name, Adresse Rechnungsempfänger, falls abweichend von Vorgaben :

_____ Beihilfe beihilfeberechtigt zu _____ %

Beihilfestelle: _____

10. Aufnahmeverfahren

Heimaufnahmeantrag und Wohn- und Betreuungsvertrag

Der Heimaufnahmeantrag ersetzt keinen Wohn- und Betreuungsvertrag. Im Vertrag sind darüber hinaus gehende Regelungen zum Heimaufenthalt zu treffen.

Ich beantrage daher den bald möglichen Abschluss eines Wohn- und Betreuungsvertrags, nachdem alle erforderlichen Fragen geklärt sind. Bis zum Abschluss eines Vertrages kann nur eine vorläufige Zusage unter Vorbehalt erfolgen. Hierzu gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Richtigkeit der Angaben und Einwilligung zum Heimaufnahmeverfahren

Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige(n) ich/wir die Richtigkeit der gemachten Angaben und die Einwilligung zum Heimaufnahmeverfahren.

Ort, Datum

Unterschrift des Aufzunehmenden / Betreuers oder Bevollmächtigten / Ehepartners