



Name der Einrichtung: Sozialzentrum Jung & Alt

Die Vergabe eines Pflegeplatzes ist
nur dann möglich, wenn dieser Antrag
vollständig ausgewertet ist!



Bezirksverband
Unterfranken e.V.

Sozialzentrum Jung und Alt
Winterhäuser Straße 11 - 97084 Würzburg
Tel.: 0931 - 61 03 0 - Fax: 0931 - 61 03 505
sozialzentrum@awo-unterfranken.de
www.sozialzentrum-wuerzburg.de

Name, Vorname des*der Bewohner*in: _____

Straße, PLZ, Ort, Telefon

 Vollstationäre Aufnahme ab: _____

Optionaler Eingangsvermerk:

 Doppelzimmer Einzelzimmer

Bereich _____ Zi.-Nr.: _____

 Service-Wohnen

Tel.-Nr.: _____

 Verhinderungspflege / Kurzzeitpflege

Deb.-Nr.: _____

von _____ bis _____ (_____ Tage)

Verteiler Pflege: _____

Antrag auf KZP ist gestellt bei _____ / schriftl. KZP-Kostenzusage liegt vor: ja ... nein**Persönliche Daten**Derzeitiger Aufenthalt Privat (wie oben) Klinik / andere Einrichtung _____

War der Bewohner*in schon einmal in einer anderen stationären Pflegeeinrichtung?

Wenn ja, Zeitraum: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: _____

Anzahl der Kinder: _____

Konfession: _____

Migrationshintergrund: Ja Nein UnbekanntPersonalausweis vorhanden: : Ja Personalausweis-Nr.: _____ gültig bis: _____
(Ausweis / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)
 NeinSchwerbehinderten-Ausweis beantragt / vorhanden? Ja, _____, gültig bis _____ Nein
(Ausweis / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)**Krankenkasse / Pflegekasse**

Versichertennummer

Versicherungskarte gültig bis

Name Krankenkasse / Pflegekasse

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Zuzahlungsbefreiung ist vorhanden

 Ja Nein

(Befreiung / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)

Antrag auf Pflegeeingradung ist gestellt

 Ja, am _____ von _____ Nein

(Antragskopie bitte bei Einzug vorlegen)

Aktueller Pflegegrad _____

besteht ab . .

(Schriftlicher Nachweis bitte bei Einzug vorlegen)

 Pflegegraderhöhung ist beantragt, von: _____Datum: _____ Kopie vorhanden

**Ärztliche Versorgung**

Bisheriger Hausarzt*-ärztin

Name, Vorname: _____

Adresse Praxis: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____

Hausarztwahl durch: Angehörige Wohnbereich

Hausarzt*-ärztin nach Aufnahme

Name, Vorname: _____

Adresse Praxis: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____

Kontaktadressen / Angehörige:**Angehörige*r Nr. 1**

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Angehörige*r Nr. 2

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Sonstige Kontaktadresse:

Name, Vorname: _____ Verhältnis zum*zur Bewohner*in: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Vertretung des*der Bewohner*in**Alle vorhandenen schriftlichen Nachweise müssen zur Aufnahme vorliegen** Der*die Bewohner*in ist voll geschäftsfähig. Der*die Bewohner*in ist nicht geschäftsfähig

Unabhängig davon ist eine Vollmacht zur Durchführung von Erledigungen (Auskunftsberichtigung, Vertretung gegenüber Behörden und Ämtern, Antragstellung, Zahlungsverkehr, Vertragsabwicklung, etc.) dringend zu empfehlen.

 Amtlich bestellte Betreuung
(Hierfür ist sonstige Kontaktadresse zu nutzen) ist beantragt am _____ von _____ besteht seit _____ zuständiges Amtsgericht: _____

GNr / AZ Amtsgericht: _____

 Vollmacht (Genaue Bezeichnung der Vollmacht) _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Zusätzlich Patientenverfügung vorhanden ja nein



Bewohner*innen, die weder eine*n Bevollmächtigte*n noch eine*n Betreuer*in haben, können durch die nachfolgend aufgeführte Vollmachtserklärung eine*n Vertreter*in für den Heimvertrag sowie den Heimaufenthalt bestimmen.

Bevollmächtigte*r für den Heimvertrag und den Heimaufenthalt

Hiermit erteile ich (Bewohner*in, Vorsorgebevollmächtigte*r bzw. Betreuer*in) folgender Person über den Tod hinaus die Vollmacht, während der Vertragsdauer alle Rechtsgeschäfte, die den Heimvertrag und den Heimaufenthalt betreffen, abzuwickeln. Dies gilt insbesondere für den Vertragsabschluss, die Heimkostenabrechnung und die Abwicklung des Vertrags bei Vertragsende. Die stationäre Pflegeeinrichtung ist insbesondere berechtigt, die zurückgelassenen Gegenstände der*des Bewohnerin*Bewohners ohne besondere erbrechtliche Legitimation an diese Person auszuhändigen und mit dieser Person die Endabrechnung aus dem Vertrag vorzunehmen. Sind mehrere Personen benannt, ist jede von Ihnen der stationären Pflegeeinrichtung gegenüber zur Entgegennahme der Gegenstände und Vornahme der Endabrechnung berechtigt.

Nachname / Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

Telefon privat / tagsüber erreichbar

E-Mail (in Druckbuchstaben)

Verwandtschaftsgrad (soweit vorhanden)

Alle Maßnahmen und Willenserklärungen, die dem Heimvertrag und dem Heimaufenthalt betreffen, dürfen per E-Mail vollzogen werden, wenn nicht gesetzlich zwingende Vorschriften dem entgegenstehen.

Der*Die Bevollmächtigte verpflichtet sich hiermit gegenüber dem Träger der stationären Pflegeeinrichtung, diese Vollmacht auch wahrzunehmen.

Diese Vollmacht ist nur wirksam, wenn keine vom Gericht angeordnete Betreuung (mehr) besteht. Zur Sicherstellung der Versorgung der*des Bewohnerin*Bewohners, stimmt der*die Bevollmächtigte hiermit zu, dass seine*ihré hier genannte Adresse an Dritte (z.B. Ärzte*Ärztinnen, Therapeut*innen, Apotheken, Dienstleister) übermittelt werden darf.

Datum

Unterschrift des*der Bevollmächtigten

Datum

Unterschrift des*der Vollmachtgebers*Vollmachtgeberin

**Finanzierung des Heimaufenthaltes:**

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in €

Die Finanzierung des Heimaufenthaltes wird aufgebracht durch:

- das oben angeführte monatliche Einkommen
 Zuzahlung aus verwertbarem Vermögen (z.B. Depot etc.)
Höhe des verwertbaren Vermögens: ca. _____ Euro

Es muss erkennbar sein, ob die Heimkosten selbst getragen werden können, oder eine Kostenübernahme beim zuständigen Sozialhilfeträger beantragt wird.

 das zuständige Sozialamt in _____Sozialhilfeantrag wurde/wird gestellt bei Behörde _____ wurde/wird gestellt am _____ von _____ -- _____ Aktenzeichen SHV _____ Sachbearbeiter*in SHV _____Wohngeld wird/wurde beantragt ja, bei _____ wann _____ nein

Der jährliche Antrag auf Wohngeld ist verpflichtend bei Hilfe zur Pflege (Antrag auf Kostenübernahme bei Sozialhilfeträgern).

! Zur Information: Ab Pflegegrad 2 haben sie die Möglichkeit Landespflegegeld zu beantragen

Kostenübernahme ist bereits schriftlich bewilligt (Nachweis bitte beifügen) ist noch nicht entschieden wegen _____**Zusatzangaben bei Selbstzahlern:**Rechnungsempfänger: Bewohner*in Betreuer*in Bevollmächtigte*r Angehörige*r Nr. _____ Beihilfeberechtigt zu: _____ % Beihilfestelle: _____**Sonstiges:**

Wer übernimmt die ambulanten Fahrten zu Ärzten, Krankengymnastik, usw.

 Angehörige (Name) _____ Fahrdienst / TaxiBesteht eine Inkontinenz? Ja NeinVermerk: Während einer Kurzzeitpflege bzw. Verhinderungspflege ist die Versorgung von Inkontinenzmaterial selbst zu organisieren!

**Gewünschte Serviceleistungen (kostenpflichtig):**

- Telefonanschluss
- Bargeldverwaltung / Anlage eines Barbetragkontos (nur bei vollstationärem Aufenthalt)
- Friseur wie oft? _____ / bei Bedarf, nach Rücksprache Angehörige*r/Betreuer*in, nach Rücksprache mit BW
- Fußpflege wie oft? _____ / bei Bedarf, nach Rücksprache Angehörige*r/Betreuer*in, nach Rücksprache mit BW
- Tageszeitungsabonnement. Bereits vorhanden? Wird die Zeitung an die Einrichtung nachgesendet
(per Post oder Austräger)?
- Sonstiges _____

Aufnahmeverfahren

Der Aufnahmeantrag 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 Heimaufnahme erfolgen. Hierzu gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

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

Ort, Datum

Unterschrift des*der Aufzunehmenden / Betreuer*in oder Bevollmächtigte*n / Ehepartner*in

Geltungsbereich: Stationäre Pflege Sozialzentrum Jung und Alt			Revision: 004/12.2025
Bearbeitung: Nickel, Burkard	Prüfung: Nickel, Burkard	Freigabe: Zatloukal, Thomas	Seite: 5