



1. Aufnahmeterrnin: _____

2. Aufnahme für:

- Altenheim Pflegebereich
 Beschützer (geschlossener) Bereich (nur mit richterl Beschluss)
 Kurzzeitpflege von _____ bis _____

 Doppelzimmer Einzelzimmer

Optionaler Eingangsvermerk:

Bereich _____ Zi.-Nr.: _____
 Tel.-Nr.: _____
 Deb.-Nr.: _____
 Verteiler Pflege: _____

3. Persönliche Daten des Kunden

Name, Vorname _____

Straße, PLZ, Wohnort, Telefon _____

Derzeitiger Aufenthalt Privat (wie oben) Klinik / andere Einrichtung _____

Geburtsdatum _____ Geburtsname: _____

Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand _____ Anzahl der Kinder _____

Konfession _____ letzte Eheschließung / Standesamt _____

Schwerbehinderten-Ausweis beantragt / vorhanden? Ja, _____ %, gültig bis _____ Nein
(Ausweis / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)

4. Krankenkasse / Pflegekasse

Versichertennummer _____ Status Versicherungskarte gültig bis _____

Name Krankenkasse / Pflegekasse _____ Anschrift (Straße, PLZ, Ort) _____

Zuzahlungsbefreiung ist vorhanden Ja Nein
(Befreiung / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)

Antrag auf Pflegegrad ist gestellt Ja, am _____ von _____ Nein
(Antragskopie bitte bei Einzug vorlegen)

Aktueller Pflegegrad ___ besteht ab ..
(Schriftlicher Nachweis bitte bei Einzug vorlegen)

Antrag auf Pflegegrad ist nicht erforderlich wegen _____

Liegt eine Bewilligung auf erheblich allgemeinen Betreuungsbedarf nach § 45a SGB XI / §87b SGB XI vor?
 Ja Nein beantragt

5. Ärztliche Versorgung

Bisheriger Hausarzt

Name, Vorname _____

Adresse Praxis _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____

Hausarzt nach Aufnahme

Name, Vorname _____

Adresse Praxis _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____



Bezirksverband
Unterfranken e.V.

AWO Wilhelm-Hoegner-Haus, Kitzingen

Aufnahmeantrag

WHH 01.01.2017

6. Besonderheiten / Verfügungen für die beschützenden / geschlossenen Wohnbereiche

WICHTIG: Der Unterbringungsbeschluss MUSS VOR EINZUG vorgelegt werden!

Ein gerichtlich bestellter Unterbringungsbeschluss liegt vor und ist gültig bis: _____

Zuständiges Amtsgericht _____

GNr / AZ Amtsgericht : XVII

7. Kontaktadressen / Angehörige:

Angehöriger Nr. 1

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse _____

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

Angehöriger 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 (Genau 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): _____ q

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

Adresse Betreuer: _____

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

AWO/AWOHN/PWS	QMH V	IIla-1.1 Erstkontakt und Aufnahme		FO AF 0002 Aufnahmeantrag	
Erstellt	Geprüft	Freigabe	Version	Datum	Seite
AG Verwaltung	QMB	BGF	4.0	18.12.2015	Seite 2 von 6



9. Finanzierung des Heimaufenthaltes

KOSTENTRÄGER:

Sozialer Kostenträger (abzüglich Anteil Pflegekasse bei Pflegestufe 1, 2, 3)

Sozialhilfeantrag 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 _____

Selbstzahler (abzüglich Anteil Pflegekasse bei Pflegestufe 1, 2, 3)

Rechnungsempfänger 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 Heimaufnahme 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

AWO/AWOHN/PWS	QMH V	IIla-1.1 Erstkontakt und Aufnahme		FO AF 0002 Aufnahmeantrag	
Erstellt	Geprüft	Freigabe	Version	Datum	Seite
AG Verwaltung	QMB	BGF	4.0	18.12.2015	Seite 3 von 6



Bezirksverband
Unterfranken e.V.

AWO Wilhelm-Hoegner-Haus, Kitzingen

Aufnahmeantrag

WHH 01.01.2017

Anlage 1 von 3 zum Aufnahmeantrag

Vollmachtgeber (Bewohner)

**Anscheinsvollmacht
(kurzfristig)**

Hiermit bevollmächtige ich (o.g. Vollmachtgeber) folgende Person:

Frau Herrn _____

Geb. _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Der hier genannte Bevollmächtigte ist berechtigt in meinem Namen alle Erklärungen abzugeben, die zur Aufnahme, dem Aufenthalt und der Finanzierung meines Aufenthalts in der Einrichtung erforderlich sind.

Dies gilt insbesondere gegenüber Privatpersonen, Banken, Versicherungen, Sozialhilfeträgern und sonstigen Einrichtungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten

AWO/AWOHN/PWS	QMH V	Illa-1.1 Erstkontakt und Aufnahme		FO AF 0002 Aufnahmeantrag	
Erstellt	Geprüft	Freigabe	Version	Datum	Seite
AG Verwaltung	QMB	BGF	4.0	18.12.2015	Seite 4 von 6



Bezirksverband
Unterfranken e.V.

AWO Wilhelm-Hoegner-Haus, Kitzingen

Aufnahmeantrag

WHH 01.01.2017

Anlage 2 von 3 zum Aufnahmeantrag

(siehe Heimvertrag Anlage 8 b)

Ermächtigung zum Datenaustausch für Finanzierungszwecke

Ich ermächtige die Einrichtung meine Daten zur Finanzierung des Heimaufenthalts an alle gesetzlichen und privaten Kostenträger weiterzugeben, soweit diese für die Leistungsgewährung des jeweiligen Kostenträgers notwendig sind. Dies kann auch Daten Dritter betreffen. Die Einrichtung haftet nicht für die Richtigkeit der weitergegebenen Daten.

Außerdem ermächtige ich alle gesetzlichen und privaten Kostenträger die bei ihnen vorliegenden Daten an die Einrichtung weiterzugeben, soweit diese für die Finanzierung des Heimaufenthalts von Bedeutung sind. Dies kann auch Daten Dritter betreffen.

Die weitergegebenen Daten dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Kitzingen, den
Ort, Datum

.....
Bewohner / Bewohnerin
rechtliche/r Betreuer/in
oder Bevollmächtigte/r

AWO/AWOHN/PWS	QMH V	Illa-1.1 Erstkontakt und Aufnahme		FO AF 0002 Aufnahmeantrag	
Erstellt	Geprüft	Freigabe	Version	Datum	Seite
AG Verwaltung	QMB	BGF	4.0	18.12.2015	Seite 5 von 6



Bezirksverband
Unterfranken e.V.

AWO Wilhelm-Hoegner-Haus, Kitzingen

Aufnahmeantrag

WHH 01.01.2017

Anlage 3 von 3 zum Aufnahmeantrag
(siehe Heimvertrag Anlage 12)

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Hiermit ermächtige/n ich/wir (Zahlungspflichtiger)

Name, Vorname _____

Adresse _____

Vertreten durch _____
jederzeit widerruflich die (Zahlungsempfänger)

Arbeiterwohlfahrt (Träger) *Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Unterfranken e.V.*
Name der Einrichtung *Wilhelm-Hoegner-Haus, Bewohnerverwaltung/Buchhaltung*
Adresse *Klettenberg 90, 97318 Kitzingen*

Bitte ergänzen oder prüfen Sie folgende Zahlungsmodalitäten.

die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen

- A der Einrichtungsentgelte ab _____ lt.
fälliger Rechnungen von derzeit monatlich ca. _____ € zum 3. Werktag des laufenden Monats
und
- B eines Betrages für vereinbarte Zusatzleistungen (Barbetragskonto), gemäß dem
monatlichen Verbrauch lt. schriftlicher Abrechnung
oder bei Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen zur Pflege
- C der monatlichen Rentenanteile in Höhe von _____ € monatlich ab _____
bis zur schriftlichen Kostenübernahme durch den sozialen Kostenträger
durch Lastschrift (SEPA-Basis-Lastschriftmandat) einzuziehen.

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate) für wiederkehrende Zahlungen
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/ SEPA Core Direct Debit Scheme

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE 10 024 00000046737

[Mandatsreferenz]

Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

BLZ

Kontonummer

[BIC1]

[IBAN]

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Kitzingen, den
Ort, Datum

.....
Zahlungspflichtiger, rechtliche/r Betreuer/in
oder Bevollmächtigte/r

AWO/AWOHN/PWS	QMH V	Illa-1.1 Erstkontakt und Aufnahme		FO AF 0002 Aufnahmeantrag	
Erstellt	Geprüft	Freigabe	Version	Datum	Seite
AG Verwaltung	QMB	BGF	4.0	18.12.2015	Seite 6 von 6