

	Formular	Aufnahmeantrag mit Anlagen (WHH)
---	----------	---

AWO Wilhelm-Hoegner-Haus, Vollstationäre Eingliederungshilfe (EEH) Klettenberg 90, 97318 Kitzingen Tel. 09321/ 306 – 0 oder 140 Fax 09321/ 306 – 100 oder 157 
--

Persönliche Daten

Name, Vorname des Interessenten / der Interessentin	Geburtsname
Geburtsdatum, Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Familienstand	Konfession
Anschrift	
Telefonnummer	E-Mail
Derzeitiger Aufenthalt <input type="checkbox"/> Anschrift wie oben <input type="checkbox"/> Klinik / andere Einrichtung (welche, Anschrift)	

Diagnosen

--

Krankenkasse

Versichertennummer	Versichertenkarte gültig bis
Name und Anschrift der Krankenkasse	
Zuzahlungsbefreiung ist vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>(bitte Kopie der Befreiung bei Einzug vorlegen)</i>	
Pflegegrad besteht <i>(Nachweis bitte bei Einzug vorlegen)</i> <input type="checkbox"/> ja, Grad: <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Pflegegrad wurde beantragt am:	

Schwerbehindertenausweis vorhanden <i>(Ausweiskopie bitte bei Einzug vorlegen)</i>	<input type="checkbox"/> ja, GdB:	gültig bis: _____ Merkzeichen: _____
Schwerbehindertenausweis beantragt <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja, am: _____

Geltungsbereich: Wilhelm-Hoegner-Haus (BEH)			Revision: 001/04.2024
Bearbeitung: Aust, Udo	Prüfung: Aust, Udo	Freigabe: Aust, Udo	Seite: 1

	Formular	Aufnahmeantrag mit Anlagen (WHH)
---	----------	---

Hausarzt / Hausärztin	
Name, Vorname	
Anschrift der Praxis	

Psychiater / Psychiaterin, Neurologe / Neurologin	
Name, Vorname	
Anschrift der Praxis	

Kontakte - Angehörige*r / andere Vertrauensperson	
Name, Vorname	Verwandtschaftsverhältnis bzw. Verhältnis zum Interessenten / zur Interessentin
Anschrift	
Telefonnummer	E-Mail

Vertretung des Interessenten / der Interessentin	
<input type="checkbox"/> Gerichtlich bestellte Betreuung <i>(bitte Kopie Betreuungsausweis und Beschluss des Amtsgerichts vor Einzug vorlegen)</i> Für folgende Bereiche: <input type="checkbox"/> Vertretung der gegenüber Behörden, Ämtern und Versicherungen <input type="checkbox"/> Vermögensvorsorge <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Bestimmung des Aufenthalts <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigung liegt vor <i>(bitte Kopie der Vollmacht vor Einzug vorlegen)</i>
Name, Vorname rechtlicher Betreuer*in / Bevollmächtigte*r	
Anschrift	
Telefonnummer	E-Mail
Fax	

Mögliche / erforderliche Aufnahme in	
<input type="checkbox"/> Appartementzimmer	Bemerkungen:
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	Bemerkungen:

	Formular	Aufnahmeantrag mit Anlagen (WHH)
---	----------	---

Finanzierung des Aufenthaltes / Kostenträger

<input type="checkbox"/> Zuständiger Kostenträger für Fachleistung:	<input type="checkbox"/> Selbstzahler für Fachleistung
<input type="checkbox"/> Kostenübernahme wurde beantragt am:	
<input type="checkbox"/> Vorläufige Kostenzusage liegt vor <i>(Nachweis bitte beifügen)</i>	
<input type="checkbox"/> Zuständiger Kostenträger für Miete und Verpflegung:	<input type="checkbox"/> Selbstzahler für Miete und Verpflegung
<input type="checkbox"/> Kostenübernahme wurde beantragt am:	
<input type="checkbox"/> Vorläufige Kostenzusage liegt vor <i>(Nachweis bitte beifügen)</i>	

Sonstige aufnahmerelevante Angaben

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum Unterschrift Interessent*in und/oder Betreuer*in / Bevollmächtigte*r

	Formular	Aufnahmeantrag mit Anlagen (WHH)
---	----------	---

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

Geltungsbereich: Wilhelm-Hoegner-Haus (BEH)			Revision: 001/04.2024
Bearbeitung: Aust, Udo	Prüfung: Aust, Udo	Freigabe: Aust, Udo	Seite: 4

	Formular	Aufnahmeantrag mit Anlagen (WHH)
---	----------	---

Anlage 2 von 3 zum Aufnahmeantrag
(siehe Heimvertrag Anlage 5)

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.

Ort, Datum

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

Geltungsbereich: Wilhelm-Hoegner-Haus (BEH)			Revision: 001/04.2024
Bearbeitung: Aust, Udo	Prüfung: Aust, Udo	Freigabe: Aust, Udo	Seite: 5

	Formular	Aufnahmeantrag mit Anlagen (WHH)
---	----------	---

Anlage 3 von 3 zum Aufnahmeantrag
(siehe Heimvertrag Anlage 9)

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)]	[Mandatsreferenz]
DE 10 24 00000046737	

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

Geltungsbereich: Wilhelm-Hoegner-Haus (BEH)		Revision: 001/04.2024	
Bearbeitung: Aust, Udo	Prüfung: Aust, Udo	Freigabe: Aust, Udo	Seite: 6