

Verwaltung

verwaltung@kreisaltenheim-grabenstaett.de
verwaltung@kreisaltenheim-palling.de
verwaltung@kreisaltenheim-trostberg.de
www.kreisaltenheime-traunstein.de



Kreisaltenheime Traunstein

Anmeldung zur Heimaufnahme in

Grabenstädt Trostberg Palling

Gewünschte Unterbringung:

- Einzelzimmer
 Doppelzimmer
 Mehrbettzimmer

Gewünschter Einzugsstermin:

Persönliche Angaben

Name, Vorname	_____
Geburtsname	_____
Geburtsdatum / Geburtsort	am: _____ in: _____ Land: _____
Familienstand / Konfession	_____
Staatsangehörigkeit	_____
Anschrift	_____
Derzeitiger Aufenthalt, wenn abweichend	_____
Letzte Eheschließung	am: _____ in: _____
Beruf erlernt / zuletzt ausgeübt	_____
Beruf des Ehegatten	_____
Kinder	Volljährige: _____ Minderjährige: _____ Verstorbene: _____

Gesetzlicher Betreuer

(Bitte Betreuungsausweis in Kopie beifügen)

Name, Vorname	_____
Anschrift	_____
Telefon/E-Mail	_____

Angehörige/Bezugsperson

(Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte gesondertes Blatt beifügen)

Name, Vorname	_____
Wie verwandt?	_____
Anschrift	_____
Telefon /E-Mail	_____

Name, Vorname	_____
Wie verwandt?	_____
Anschrift	_____
Telefon/E-Mail	_____

Name, Vorname	_____
Wie verwandt?	_____
Anschrift	_____
Telefon /E-Mail	_____

Name, Vorname	_____
Wie verwandt?	_____
Anschrift	_____
Telefon /E-Mail	_____

Vollmachten/Verfügungen

(Bitte in Kopie(n) beifügen)

<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht	erteilt an:	_____

<input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung	erteilt an:	_____

<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	erteilt an:	_____

Behandelnder Arzt

Name, Vorname	_____
Anschrift	_____
Telefon /E-Mail	_____

Versicherung(en)

Pflegekasse und evtl. abweichende Krankenkasse	_____
Mitgliedsnummer(n)	_____
Pflegegrad beantragt:	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
Bescheid der Pflegekasse liegt vor:	<input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad _____ <input type="checkbox"/> nein <i>(Bitte Bescheid in Kopie beifügen)</i>

Monatliches Einkommen (Bitte Kopie von Rentenbescheiden und letztem Girokontoauszug beifügen)

<u>Art des Einkommens</u>	<u>Zahlende Stelle / Rentenzeichen</u>	<u>Betrag in €</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Vermögen/Kostenträger (Bitte Einkommens- und Vermögensnachweise in Kopie beifügen)

Über welches Vermögen verfügen Sie? (Haus- und Grundbesitz, Kapitalvermögen, usw.)

Besteht Anspruch auf Austragsleistungen? (Leibrente, Wohnrecht usw.)

Die Heimkosten werden aufgebracht durch

das oben angeführte monatliche Einkommen.

Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben); Bestand heute: € _____

Zahlungen von Dritten (Name) _____

das zuständige Sozialamt in _____

