

**Träger:**  
**Antrag für Einrichtung:**  
**Debitorennummer:**  
**Aufnahmedatum:**

Dieser Teil des Formulars wird von der Einrichtung ausgefüllt.

### Unterbringungsart:

Stationäres Wohnen                       Junge Pflege / Erwachsenenpflege  
Gerontopsychiatrische Wohngruppe:  geschlossen                       offen

### Bewohner\*in:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_,                      Geburtsname:  
Geburtsdatum und Ort: \_\_\_\_\_,                      Familienstand:  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_                      Konfession:  
Wohnort (Anschrift): \_\_\_\_\_

### Rechnungsempfänger\*in:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_,  
O.g. Person ist  Betreuer\*in  Bevollmächtigt  Angehörige\*r (unterschreibt den Vertrag)  
Verhältnis zur/zum Antragstellenden:

Anschrift:  
Telefon: \_\_\_\_\_                      E-Mail: \_\_\_\_\_

Verpflichtungserklärung:     ja                       nein

### Versicherungsdaten:

Krankenkasse:  
Vers.Nr.: \_\_\_\_\_  
Pflegeversichert:  ja  nein                      Pflegegrad: \_\_\_\_\_                      Schnelleinstufung:  ja  nein  
Zuzahlungsbefreit:  ja  nein  
Beihilfe:                       ja, \_\_\_\_\_ %                       nein

**Unterbringungsart: Vollstationäre Aufnahme**

Vollstationäre Pflege  Einzelzimmer  2-Bett-Zimmer  
Aufnahme aus:  Krankenhaus  Pflegeeinrichtung

**Finanzierung der Heimkosten:**

**Selbstzahler\*in**  
Eigenanteil (VS):  Lastschrift (separat Lastschriftmandat ausfüllen)  
 Rechnung

Besondere Vereinbarungen:

oder

**SH-Empfänger\*in**

Art des Einkommens	Zahlstelle	Nr. und Aktenzeichen	€ (monatlich)
a)			€
b)			€
c)			€
d) Ersparnisse:	€	Familienstand:	

Antrag auf Sozialhilfe gestellt von \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_  
 Rentenüberleitung am \_\_\_\_\_

**Unterbringungsart: Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege**

Kurzzeitpflege  Einzelzimmer  2-Bett-Zimmer  
Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Tage

Es wurde im Jahr 20 \_\_\_\_\_ bereits Kurzzeitpflege- / Verhinderungspflegeleistungen abgerechnet:  
 nein  ja, Restanspruch: \_\_\_\_\_ €

Schnelleinstufung  ja  nein

Es wurde ein Antrag nach §39c SGB V (Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegedürftigkeit) gestellt:  ja  nein

Selbstzahler\*in Eigenanteil (KZP):  bar  Lastschrift

SH-Empfänger\*in  Abtretungserklärung §45b SGB XI

Inkontinenzmittelpauschale:  ja  nein

Besondere Vereinbarungen:

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich willige ein, dass diese Daten maximal für ein Jahr ab Unterschriftszeitpunkt in der oben genannten Einrichtung aufbewahrt werden.