
Datum, AZ

Antrag auf Aufnahme in die Außenwohngruppe

Bitte alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Zutreffendes ankreuzen!

Name, Vorname
Geboren am
PLZ, Wohnort
Straße, Hausnummer
Bundesland
Familienstand
Staatsangehörigkeit
Erlerner Beruf
Zuletzt ausgeübte Tätigkeit
Derzeitige Arbeitstätigkeit

Angehörige , wie verwandt, Wohnort
Kinder (Bitte Anzahl angeben) Volljährige <input type="checkbox"/> Minderjährige <input type="checkbox"/> Verstorbene <input type="checkbox"/>
Betreuer , Name, Vorname Adresse Telefonnummer, Fax, Email

Krankenkasse (Name, Mitgliedsnummer)

Pflegestufe
wurde beantragt

Monatliches Einkommen (Art, zahlende Stelle, Betrag)

Die Kosten für die Wohnstätte werden aufgebracht durch

Eigenes Vermögen/Einkommen Höhe: €
Kommunaler Sozialverband Sa. Antrag wurde bereits gestellt
Anderer Kostenträger welcher:

Zurzeit in welchem Krankenhaus? (Name, Adresse)

Zurzeit in welcher Einrichtung? (Name, Adresse)

Frühere Unterbringung (Heim oder ähnliche Einrichtung)

Grund des Ausscheidens:

Hausarzt (Name, Adresse)

Facharzt (Name, Adresse)

Gewünschter Aufnahmetermin

Aus welchen Gründen wird die Aufnahme gewünscht?

Wer stellt den Antrag?

Hinweis, Bemerkungen und Ergänzungen

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Ort, Datum

Unterschrift