

Anmeldung

- zur Heimaufnahme
 zur Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege
 zur Tagespflege

Interne Bearbeitungsvermerke:

Antrag erhalten am: _____

Telefonische Antragstellung am: _____

Unterschrift Sachbearbeiter

1. Angaben zur Person

Vorname(n), Zuname (Rufname bitte unterstreichen)		ggf. Geburtsname
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		
Telefon	Geburtsdatum	Geburtsort (-kreis, -land)
Konfession	Familienstand	Staatsangehörigkeit

2. Derzeitiger Aufenthalt

Wohnung, siehe 1.
 Krankenhaus / Klinik Kurzzeitpflegeeinrichtung anderes Pflegeheim

Name der Einrichtung	seit wann	bis wann
----------------------	-----------	----------

3. Angehörige/ Vertrauenspersonen



a)

Vor-, Zuname		Verwandtschaftsgrad	
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			
Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon mobil	E-Mail

b)



Vor-, Zuname		Verwandtschaftsgrad	
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			
Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon mobil	E-Mail

4. Betreuer / Vollmachtnehmer / Patientenverfügung

Betreuung / Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ist / wird angeregt am: <input type="checkbox"/> Notwendigkeit unklar <input type="checkbox"/> besteht (Bitte KOPIE  Vorsorgevollmacht, Beschluss, etc. beifügen)	① <u>Betreuungsgericht</u> Tel.: 03731 / 358 – 90 <u>Besucheradresse</u> <u>Postanschrift</u> Amtsgericht Freiberg Amtsgericht Freiberg Chemnitzer Str. 40 Postfach 13 51 09599 Freiberg 09583 Freiberg		
Patientenverfügung <input type="checkbox"/> vorhanden (Bitte KOPIE  beifügen) <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	① <u>Betreuungsbehörde</u> Tel.: 03731 / 799 – 0 Landratsamt Mittelsachsen Betreuungsbehörde Frauensteiner Str. 43, 09599 Freiberg		
<input type="checkbox"/> siehe 3. a) <input type="checkbox"/> siehe 3. b)	Vor-, Zuname		
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			
Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon mobil	E-Mail

5. Ärzte / Apotheke	
Name Hausarzt	Anschrift Hausarzt
Name Facharzt	Anschrift Facharzt
<input type="checkbox"/> für vollstationäre Aufnahme: die Einrichtung hat mit einer Apotheke eine Kooperation gemäß § 12a ApoG	

6. Wünsche zur Unterbringung / Aufnahmedetails			
Vollstationäre Einrichtung:	<input type="checkbox"/> Haus Johannishof	<input type="checkbox"/> Haus Elisabeth	<input type="checkbox"/> Haus Johanna Rau
Zimmerwunsch:	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
Kurzzeit-/Verhinderungspflege:	von	bis	
<input type="checkbox"/> Der konkrete Pflegeplatz richtet sich nach der Belegungssituation der Einrichtung.			
Tagespflege:	<input type="checkbox"/> TP Johannishof	<input type="checkbox"/> TP Haus der Generationen	
Anwesenheitswunsch:	<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch
	<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag	
Fahrdienst:	<input type="checkbox"/> durch Einrichtung	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> extern


7. Finanzierung	
Name der Pflegekasse/Krankenkasse	Mitgliedsnummer
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> beantragt am	von
Vorhandener Pflegegrad (Bitte KOPIE  Pflegegradbescheid beifügen)	
<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
Zuzahlungsbefreiung (ggf. bitte KOPIE  beifügen)	
<input type="checkbox"/> Bei vollstationärer Aufnahme erfolgt unsererseits eine Meldung an die zuständige Pflegekasse. Dies entbindet jedoch nicht von der persönlichen Antragstellung durch die pflegebedürftige Person bzw. deren gesetzliche Vertretung.	

Der Eigenanteil der monatlichen Kosten wird gedeckt durch:

das aktuelle monatliche Einkommen:


<input type="checkbox"/> Altersrente	<input type="checkbox"/> Witwenrente
<input type="checkbox"/> sonstige Renten / Pensionen / Beihilfe Beamte	<input type="checkbox"/> Sparvermögen
<input type="checkbox"/> Nachteilsausgleich (z. B. Blindengeld)	<input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. Zusatzpflegeversicherung)
<input type="checkbox"/> Zahlungen von unterhaltspflichtigen Personen	

Die Summe der regelmäßigen monatlichen Einkommen beträgt _____ Euro.

Aktuelle Nachweise bitte als **KOPIE**  beifügen (Rentenbescheide, Kontoauszug, etc.).

Rechnungsempfänger ist:

<input type="checkbox"/> siehe 1.	
<input type="checkbox"/> siehe 3. a)	Vor-, Zuname
<input type="checkbox"/> siehe 3. b)	
	Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort
Telefon privat	Telefon dienstlich
	Telefon mobil
	E-Mail

- reichen Eigenmittel nicht aus besteht ggf. Anspruch auf Sozialhilfe
- beim zuständigen Sozialamt in:
- Sozialhilfebescheid liegt als **KOPIE**  bei
 - Sozialhilfeantrag wurde gestellt am:
 - Sozialhilfeantrag wird unverzüglich gestellt

① Personen ab 67. Lebensjahr (zuständig ist das Sozialamt des Wohnsitzes der letzten 2 Monate)

**Landratsamt Mittelsachsen Soziale Sicherung
Besucheranschrift:**

Am Landratsamt 3, 09648 Mittweida

Postanschrift:

Fraensteiner Str. 43, 09599 Freiberg

Tel.: 03731 / 799 – 6243

Fax: 03731 / 799 – 6688

① Personen bis 67. Lebensjahr

Kommunaler Sozialverband Sachsen

Reichsstraße 3, 09112 Chemnitz

Tel.: 0371 / 577 – 0

Fax: 0371 / 577 – 282

① Zur Verrechnung der Heimkosten ist die Rentenüberleitung auf das Heimkonto erforderlich.

Mit Unterzeichnung der Anmeldung erkläre ich mich einverstanden, dass mit der Aufnahme bei der Seniorenheime Freiberg gGmbH vorsorglich eine von mir unterzeichnete Information an den zuständigen Sozialhilfeträger mit Angabe der Kontaktdaten der/s Vorsorgebevollmächtigten bzw. Betreuers zur vorsorglichen Anzeige eventueller Leistungsansprüche übermittelt wird. Dies entbindet jedoch nicht von der persönlichen Antragstellung durch die pflegebedürftige Person bzw. deren gesetzliche Vertretung.

- Zustimmung Ablehnung

- ab Aufnahmetag besteht möglicherweise Wohngeldanspruch
- bei der zuständigen Wohngeldstelle in:
- Wohngeldantrag wurde gestellt am:
 - Wohngeldantrag wird unverzüglich gestellt

① **Stadtverwaltung Freiberg**

Wohngeldbehörde

Obermarkt 21, 09599 Freiberg

Tel.: 03731 / 273 – 720

Fax: 03731 / 273 – 73720


E-Mail: Wohngeldstelle@freiberg.de

① Zur Verrechnung der Heimkosten ist die Überleitung des Wohngeldes auf das Heimkonto erforderlich.

8. Sonstiges

① Bett- und Frotteewäsche werden von der Einrichtung gestellt.
Die Bewohnerwäsche wird durch die Einrichtung mit Patchetiketten gekennzeichnet.

① Zusätzlich gewünschte Dienstleistungen wie z. B. Telefon, WLAN, Fußpflege, Friseur, zusätzliche Getränke werden bargeldlos über die monatliche Nebenkostenabrechnung abgerechnet.

① Bitte bringen Sie den Personalausweis bei Heimaufnahme zur Hinterlegung einer **KOPIE**  in der Bewohnerakte mit – gleichermaßen auch nach Ummeldung des Wohnsitzes.

① Bitte bringen Sie die Krankenversicherungs-Chipkarte bei Heimaufnahme zur Hinterlegung im Wohnbereich mit.

