

Anmeldung für Tagespflege

Die vollständige Beantwortung aller Fragen ist für die Bearbeitung des Antrags erforderlich!

Interne Bearbeitungsvermerke:

Antrag erhalten am: _____

Telefonische Antragstellung am: _____

Unterschrift Sachbearbeiter

1. Angaben zur aufzunehmenden 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.

Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort



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/ Vollmachtinhaber/ 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)		ⓘ <u>Betreuungsgericht</u> <u>Besucheradresse</u> <u>Postanschrift</u> Amtsgericht Freiberg Amtsgericht Freiberg Chemnitzer Str. 40 Postfach 13 51 09599 Freiberg 09583 Freiberg Tel.: 03731/35890	
Patientenverfügung <input type="checkbox"/> vorhanden (Bitte KOPIE ☞ beifügen) <input type="checkbox"/> nicht vorhanden		ⓘ <u>Betreuungsbehörde</u> Landratsamt Mittelsachsen Betreuungsbehörde Frauensteiner Str. 43, 09599 Freiberg Tel.: 03731/799 0	
<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	
Name Hausarzt	Anschrift Hausarzt
Name Facharzt	Anschrift Facharzt

6. 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)	

Der Eigenanteil der Tagespflegekosten wird gedeckt durch:									
<input type="checkbox"/> aktuelle monatliche Einkommen: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Altersrente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Witwenrente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> weitere Renten/ Pensionen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zahlungen von unterhaltspflichtigen Personen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Barvermögen (Sparbuch, weitere Bankguthaben)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blindenbeihilfe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Landesblindengeld</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges (Kapitalerträge, Zins-/Mieteinnahmen, private Zusatzpflegeversicherung,...)</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Altersrente	<input type="checkbox"/> Witwenrente	<input type="checkbox"/> weitere Renten/ Pensionen	<input type="checkbox"/> Zahlungen von unterhaltspflichtigen Personen	<input type="checkbox"/> Barvermögen (Sparbuch, weitere Bankguthaben)	<input type="checkbox"/> Blindenbeihilfe	<input type="checkbox"/> Landesblindengeld	<input type="checkbox"/> Sonstiges (Kapitalerträge, Zins-/Mieteinnahmen, private Zusatzpflegeversicherung,...)
<input type="checkbox"/> Altersrente									
<input type="checkbox"/> Witwenrente									
<input type="checkbox"/> weitere Renten/ Pensionen									
<input type="checkbox"/> Zahlungen von unterhaltspflichtigen Personen									
<input type="checkbox"/> Barvermögen (Sparbuch, weitere Bankguthaben)									
<input type="checkbox"/> Blindenbeihilfe									
<input type="checkbox"/> Landesblindengeld									
<input type="checkbox"/> Sonstiges (Kapitalerträge, Zins-/Mieteinnahmen, private Zusatzpflegeversicherung,...)									
Die Summe der regelmäßigen monatlichen Einkommen beträgt _____ Euro.									
Rechnungsempfänger ist:									
<input type="checkbox"/> siehe 1. <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								

<input type="checkbox"/> Eigenmittel reichen nicht aus, ggf. besteht Anspruch auf Sozialhilfe <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> beim zuständigen Sozialamt in: _____ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sozialhilfebescheid liegt als KOPIE  bei <input type="checkbox"/> Sozialhilfeantrag wurde gestellt am: _____ <input type="checkbox"/> Sozialhilfeantrag wird unverzüglich gestellt 	
ⓘ Personen <u>ab</u> 67. Lebensjahr (zuständig: das Sozialamt des Wohnsitzes mind. der letzten 2 Monate) Landratsamt Mittelsachsen Soziale Sicherung Am Landratsamt 3, 09648 Mittweida (Besucheranschrift) Frauensteiner Straße 43, 09599 Freiberg (Postanschrift) Ansprechperson: Hr. Berthold (03731/799 6533)	ⓘ Personen <u>bis</u> 67. Lebensjahr Kommunaler Sozialverband Sachsen Reichsstraße 3 09112 Chemnitz Tel.: 0371/577 0 Fax: 0371/577 282

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

7. Aufnahmedetails

Schnuppertag(e) gewünscht	am: _____ und am: _____	<input type="checkbox"/> mit Fahrdienst <input type="checkbox"/> ohne Fahrdienst
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 durch:	
Einrichtungswunsch:	<input type="checkbox"/> TP Joh <input type="checkbox"/> TP H 8	


8. Sonstiges

① Frottee- und Bettwäsche werden von der Einrichtung gestellt.

① Bitte an jedem Anwesenheitstag in der Tagespflege folgendes mitbringen:

- Medikamente in Originalverpackung laut ärztlicher Verordnung
- ggf. Inkontinenzmaterial
- Personalausweis
- Krankenversicherungskarte/ ggf. Befreiungskärtchen
- Hausschuhe (können in der Tagespflege bis zum nächsten Besuch verbleiben)
- Wechselkleidung nach Absprache (kann in der Tagespflege verbleiben)
- Pendelbuch (erhalten Sie nach dem Pflegeaufnahmegespräch)

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

① Bitte bringen Sie den Personalausweis bei Aufnahme zur Hinterlegung einer **KOPIE**  in unserer Verwaltung mit.

Ärztlicher Fragebogen: liegt bei wird nachgereicht (bis spätestens einen Öffnungstag vor dem ersten Schnuppertag) per Fax durch den Sozialdienst angefordert

Anamnesebogen: liegt bei wird nachgereicht

Sollten Sie keine Möglichkeit haben, die geforderten Nachweise zu kopieren, können Sie auch gerne die Originale mitbringen und wir fertigen Kopien an.

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben sind vollständig und entsprechen den Tatsachen. Die Einhaltung des Datenschutzes wird gewährleistet.



Seniorenheime Freiberg gGmbH
Chemnitzer Straße 64
09599 Freiberg

Telefon: 03731 794-794
Fax: 03731 794-619
sozialdienst@seniorenheime-freiberg.de
www.seniorenheime-freiberg.de

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/ Bevollmächtigte/ Betreuer

Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden