

Frau Jennifer Krösin    Tel.: 02421/ 805-8000  
 Frau Eva Herings      Tel.: 02421/ 805-8031  
 Frau Kirsten Teppler   Tel.: 02421/ 805-8010

Eingangsvermerke des Heimes

## Anmeldung zum Heimeinzug

**(Dieses ausgefüllte Formular ist Voraussetzung, um auf die Warteliste des Seniorenzentrums Düren zu gelangen)**

Zuname	(bitte auch den Geburtsnamen angeben)	
Vorname(n)	(Rufnamen bitte unterstreichen)	
Wohnung	(Mit Hauptsitz polizeilich angemeldet)	(Postleitzahl)      Wohnort, Gemeinde
		Straße und Haus-Nr.:
Nebenwohnung	(Mit zweitem Wohnsitz polizeilich angemeldet)	(Postleitzahl)      (Wohnort, Gemeinde)
		Straße und Haus-Nr.:
Derzeitiger Aufenthalt	wo?	_____
		(Postleitzahl)      (Wohnort, Gemeinde)
Straße und Haus-Nr.:		
Geburtsdaten	(Beim Geburtsort mit Kreis und ggf. auch Land/Staat mit angeben)	am _____
		in _____
Familienstand:		
seit wann?		
Konfession:		
Staatsangehörigkeit:		
Angehörige	a) Name	
	Straße/PLZ/Ort	
	wie verwandt	Telefon E-Mail
	b) Name	
Straße/PLZ/Ort		
wie verwandt	Telefon E-Mail	
c) Name		
Straße/PLZ/Ort		
wie verwandt	Telefon E-Mail	
d) Name		
Straße/PLZ/Ort		
wie verwandt	Telefon E-Mail	

**Betreuer** (nach Betreuungsrecht)

Name \_\_\_\_\_

Straße/PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

(Wirkungskreis der Betreuung)

(bitte ankreuzen und Kopie der Urkunde beifügen)

<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Rentenangelegenheiten
<input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeangelegenheiten
<input type="checkbox"/> Gebrechlichkeitspflege	<input type="checkbox"/> Postvollmacht
<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	<input type="checkbox"/> Unterhaltssicherung/Unterbringung
<input type="checkbox"/> lfd. finanzielle Angelegenheiten	<input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten
<input type="checkbox"/> Kostenträger-/Leistungsangelegenheiten	

**Kranken-Pflegeversicherung**

Liegt bereits eine Einstufung für häusl. Pflege vor? (wenn ja, bitte Kopie Bescheid)

ja  nein

Liegt eine Notwendigkeitsbescheinigung zum Heimeinzug vor?

ja  nein

Wurde bereits ein Antrag bei der zuständigen Pflegekasse für die stationäre Leistung gestellt?

ja  nein

Beihilfeberechtigung  ja  nein

Name der Kranken/Pflegeversicherung: \_\_\_\_\_

Straße/PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Nehmen Sie Kontakt mit Ihrer zuständigen Pflegekasse auf. Diese ist in den meisten Fällen bei Ihrer Krankenkasse angesiedelt. Dort müssen Sie einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen. Sofern Sie diesen Antrag nicht stellen, kann dies für Sie zu finanziellen Nachteilen führen, daher empfehlen wir eine sehr frühe Antragstellung

**Hausarzt bisher**

Name .....

Straße/PLZ/Ort .....

Telefon .....

**neuer Hausarzt**

Name .....

Straße/PLZ/Ort .....

Telefon .....

**Kostenträger**

Bitte prüfen Sie Ihre Vermögens- bzw. Einkommensverhältnisse, damit evtl. Fristen zur Antragsstellung für Pflegewohngeld oder Sozialhilfe eingehalten werden können.

Näheres erläutern wir Ihnen gerne in einem persönlichen Gespräch.

**Schwerbehindertenausweis**

ja, \_\_\_% der Behinderung  
 Merkzeichen

<input type="checkbox"/> VB	<input type="checkbox"/> BI
<input type="checkbox"/> EB	<input type="checkbox"/> RF
<input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> G
<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> B

**Anträge**

Antrag auf Befreiung von der Rundfunkgebühr wurde gestellt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Antrag auf Befreiung zur Zuzahlung von Medikamenten liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, wird gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Möchten Sie eigene Möbel mitbringen? Welche?**


**Um- bzw. Anmeldung**

Wird eine Lohnsteuerkarte benötigt?  ja  nein  
 Bei Verheirateten Kopie der Heiratsurkunde  
 Bei Verwitweten Kopie der Heirats-, und Sterbeurkunde des Ehepartners

**Gewünschte Unterbringung**

Einzelzimmer   
 Appartement  (für Ehepaare)

**Konsum von Genussmitteln**

Alkohol   
 Nikotin

**Termin zum Einzug** \_\_\_\_\_

**Hinweise, Beanstandungen, Ergänzungen**


Ort  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Wenn nicht Personengleichheit  
Unterschrift des Aufzunehmenden