

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Seniorencentrum Mallinckrodthof 33178 Borchen | Seniorencentrum Mallinckrodthof |
|  | Mallinckrodtstraße 12 |
| Vorname Name | 33178 Borchen |
| Straße Hausnummer | Telefon 05251/87644-0 |
| PLZ Ort | Telefax 05251/87644-109 |
| Email-Adresse | www.seniorencentrum-mallinckrodthof-borchen.de |
| Telefonnummer | info@ seniorencentrum-mallinckrodthof-borchen.de |
|  |  |
| Ich habe Interesse an einem Pflegeplatz im Seniorencentrum Mallinckrodthof. Zur Aufnahme auf die  |
| Warteliste mache ich folgende vertrauliche Angaben: |
|  |
|  [ ]  Kurzzeitpflege | [ ]  Verhinderungspflege | [ ]  Vollstationäre Pflege |
|  |
| **Persönliche Daten** |
|  Familienname: | Text eingeben |
|  Geburtsname: | Text eingeben |
|  Vorname: | Text eingeben |
|  Geburtsdatum und –ort: | Text eingeben |
|  Staatsangehörigkeit: | Text eingeben | Konfession: | Text eingeben |
|  Anschrift: | Text eingeben |
|  Telefon-Nr.: | Text eingeben |
|  |
| **Familienstand** | [ ]  Ledig  | [ ]  Verheiratet  | [ ]  Verwitwet  | [ ]  Geschieden  |
|  |
| **Schwerbehinderung** | [ ]  ja, in % | Prozente eingeben | [ ]  nein |  |
|  |
|  Hausarzt: | Text eingeben |
|  |
| **Kinder / Angehörige** |
|  : | Namen und Anschriften / Telefonnr., der Kinder, bzw. nächsten Angehörigen: |
|   | Text eingeben |
|   | Text eingeben |
|   | Text eingeben |
| **Kranken- und Pflegekasse** |
|  Krankenkasse: | Text eingeben | Versicherungsnummer: | Text eingeben |
|  Anschrift: | Text eingeben |
|  Telefon: | Text eingeben |
|  (evtl. abweichende Pflegekasse mit Adresse angeben) |
|  |
|  Liegt bereits eine Einstufung im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes vor? |
|  Wenn ja: | Grad:  | Wählen Sie aus | seit: | Text eingeben |  |
|  Antragsstellung | wann: | Text eingeben |
|  **Beihilfe:** | liegt vor: | [ ]   | ja | [ ]   | nein |
|  |
| **Kostenträger** |
|  Bei Vermögen von weniger als 10.000 €/15.000 € (Ehepaar) besteht ein Anspruch auf Pflegewohngeld. |
|  Zur anteiligen Deckung der Pflegekosten soll ein Antrag auf Pflegewohngeld gestellt werden: | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  Bei Vermögen von weniger als 5.000 €/10.000 € (Ehepaar) besteht ein Anspruch auf Sozialhilfe. |
|  Zur Deckung der Pflegekosten soll ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt werden: | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  Wir unterstützen Sie bei der Antragsstellung gerne. |
|  Ich erhalte bereits Leistungen eines Sozialhilfeträgers: | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  Sozialamt (Aktenzeichen und Anschrift): | Text eingeben |
|  |  |  |
|  Zur Deckung der Pflegekosten reicht mein monatliches Einkommen (Rente) aus: | [ ]  ja | [ ]  nein |
|  |
| [ ]  **Generalvollmacht** | [ ]  **Vorsorgevollmacht** | [ ]  **Patientenverfügung** |
|  |
| [ ]  **Betreuung für:** |
|  [ ]  Gesundheit | [ ]  Aufenthalt | [ ]  Vermögensverwaltung |
|  Die Betreuung / Vollmacht hat für mich übernommen: |
|  Name, Vorname: | Text eingeben |
|  Anschrift: | Text eingeben |
|  Telefon: | Text eingeben |
|  Klicken Sie hier. |  |  |
|  | Datum | Unterschrift |  |