

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |