



Seniorenresidenz Vivaldi

Thünenstrasse 33 • 58095 Hagen • Tel.: 02331 / 367370 • Fax: 02331 / 3673710 • www.seniorenresidenz-vivaldi.de

Anmeldung

Daten der anzumeldenden Person		Einzugsdatum:	
Familiennamen:		Vorname:	
Geburtsname:		Geburtsdatum:	
Geburtsort:		Staatsangehörigkeit:	
Familienstand:	Konfession:	Beruf:	
PLZ, Wohnort:	Strasse:	Telefon:	
Gewünschte Unterbringung			
Einzelzimmer <input type="checkbox"/>	Appartement <input type="checkbox"/>	Komfortzimmer <input type="checkbox"/>	
Gewünschtes Zimmer			
Einzelzimmer Nr.:	Appartement Nr.:	Komfortzimmer Nr.:	
Pflegestufe: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> beantragt			
Daten für Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> / Daten für Verhinderungspflege <input type="checkbox"/>			
Zeitraum von – bis:			
Antrag bei der Pflegekasse gestellt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Antrag Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kriegsopferfürsorge-Fall (KOF): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Beihilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Daten des Angehörigen			
Name:		Vorname:	
PLZ, Ort:		Strasse:	
Telefon:		Handy:	
Verwandtschaftsverhältnis:		Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Daten des Betreuers			
Name:		Vorname:	
PLZ, Ort:		Strasse:	
Telefon:		Handy:	
Daten der Krankenversicherung			
Krankenkasse:		Krankenversicherungs-Nr.:	
PLZ, Ort:		Strasse:	
Telefon:		Fax:	
Gebührenbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Befreiungs-Nr.:	
Daten des Hausarztes			
Name / Praxis:		Telefon / Fax:	
PLZ, Ort:		Strasse:	

Ort, Datum:

1

Unterschrift:



Seniorenresidenz Vivaldi oHG

Thünenstrasse 33 • 58095 Hagen • Tel.: 02331 / 367370 • Fax: 02331 / 3673710 • www.seniorenresidenz-vivaldi.de

Erklärung zur Kostenübernahme

1. Die entstehenden Heimkosten werden selbst getragen Kostentragung durch:		
Name:	Vorname:	
PLZ, Ort:	Strasse:	
Ort, Datum:	Unterschrift	
Durch die nachstehende Unterschrift erklärt der Unterzeichnende, persönlich als Bürge gem. §§ 765 ff. BGB unter Verzicht auf die Einrede der Vorklage für die Verbindlichkeiten des Bewohners aus dem Heimvertrag selbstschuldnerisch einzustehen.		
Ort, Datum:	Unterschrift:	
2. Die entstehenden Heimkosten werden vom Sozialamt getragen		
<input type="checkbox"/> Mein Vermögen beträgt nicht mehr als 2.600,00 €.		
Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass mein Vermögen die Vermögensgrenze von 2.600,00 € nicht überschreitet.		
Ort, Datum:	Unterschrift:	
Ort, Datum:	Unterschrift:	
Hinweis: Wichtig ist, dass der Antrag auf Übernahme der ungedeckten Heimkosten beim Sozialamt sofort gestellt wird, da das Sozialamt erst ab dem Datum, an dem der Antrag gestellt wurde, für die Kosten eintritt.		
Schriftliche Bestätigung des Sozialamtes über die Stellung des Kostenübernahmeantrages		
Für die umseitig genannte anzumeldende Person wurde ein Antrag auf Übernahme der Heimkosten gestellt.		
PLZ, Ort:	Dienststelle	Bearbeiterin
Ort, Datum:	Stempel / Unterschrift	