



Reservierungsanfrage

Langzeitpflege:

- alle Städtischen Altenheime
- Städtisches Altenheim Windberg
- Städtisches Altenheim Eicken
- Städtisches Altenheim Hardterbroich
- Städtisches Altenheim Am Pixbusch
 - Haus I
 - Haus II
- Städtisches Altenheim Rheindahlen
- Städtisches Altenheim Kamillus

gewünschte Wohnform:

- Einzelzimmer
- Doppelzimmer

Kurzzeitpflege Eicken:

Zeitraum von: _____ bis: _____

Notizen: _____

1. Personalien

RA*

Vor-/Nachname: _____

Geburtsname: _____

Anschrift/Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

derzeitiger Aufenthalt: _____

Geburtsdatum /-ort: _____

Telefon: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Konfession: _____

Raucher ja nein

Geschlecht: männlich weiblich divers

2. Angehörige / Mit wem ist Rücksprache zu führen?

	Angehörige/r 1 RA	Angehörige/r 2 (optional) RA
Vor-/Nachname:	_____	_____
Anschrift/Straße:	_____	_____
PLZ/Ort:	_____	_____
Telefon Privat:	_____	_____
Geschäftlich:	_____	_____
Mobil:	_____	_____
Mail:	_____	_____
Verwandtschaftsverhältnis:	_____	_____
Benachrichtigung bei Besonderheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* RA = Rechnungsadresse

3. Angaben zur Pflegeversicherung

Pflegekasse / Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Wurde ein Antrag auf Leistungen gestellt? ja nein

Liegt eine Leistungszusage der Pflegeversicherung vor? ja nein

Für welchen Pflegegrad? Pflegegrad 1 seit: _____

Pflegegrad 2 seit: _____

Pflegegrad 3 seit: _____

Pflegegrad 4 seit: _____

Pflegegrad 5 seit: _____

Bitte reichen Sie Kopien zu den vorgenannten Bescheinigungen bzw. der Bestätigung des Pflegegrades ein!

4. Angaben zur Finanzierung

Die anfallenden Kosten werden finanziert durch:

Selbstzahlung Sozialhilfe Kriegsopferfürsorge (Hauptfürsorgestelle)

Sollte die Finanzierung nicht gesichert sein, muss beim Fachbereich Altenhilfe oder beim für Sie zuständigen Kostenträger ein Antrag auf Kostenübernahme ungedeckter Heimkosten gestellt werden (siehe gesondertes Informationsblatt). Lassen Sie sich eine Bestätigung der Antragsstellung ausstellen. Ein Einzug ist grundsätzlich nur nach einer Kostenregelung möglich, wir beraten Sie gerne.

Der Kostenübernahmeantrag wird / wurde gestellt am: _____

Angaben zum monatlichen Einkommen und Vermögen: **(nur bei Heimanmeldung)**

(bitte alle Renten und sonstigen Einkünfte, wie z. B. Mieteinnahmen, angeben)

Art des Einkommens

Betrag in Euro

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Sparguthaben: ja nein _____

Vermögen: ja nein _____

Grundbesitz: ja nein _____

Über die oben genannten Angaben zu Einkommen und Vermögen benötigen wir schriftliche Nachweise: Rentenbescheid(e), Nachweise über sonstige Einkünfte. Weiterhin reichen Sie bitte einen aktuellen Kontoauszug ein. Ebenso benötigen wir zum vorhandenen Vermögen schriftliche Informationen z. B. über das Sparvermögen. Bitte reichen Sie nur kopierte Unterlagen ein.

5. Betreuung und Vorsorgevollmacht

Besteht eine Betreuung gemäß § 1896 BGB?

ja seit _____

nein beantragt am _____

Aktenzeichen: _____

Besteht eine notarielle Vollmacht?

ja nein

Wenn ja, ausgestellt am: _____

vom Notariat: _____

Wurde eine Vorsorgevollmacht erteilt? ja nein

Name und Anschrift des bestellten Betreuers oder Vorsorgevollmachtinhabers:

RA*

Vor-/Nachname: _____

Anschrift/Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon: _____

Aufgabenbereich:

- Behörden
- Vermögenssorge
- Gesundheitsfürsorge
- Aufenthaltsbestimmung
- Sonstiges

Einwilligungsvorbehalt bei: _____

Bitte eine Kopie der Betreuungsurkunde oder der Vollmacht beifügen!

6. Freiheitsentziehende Maßnahmen

Sind freiheitsentziehende Maßnahmen angeordnet? ja nein

Wenn ja, Entscheidung des Gerichts vom: _____

Liegt eine Einwilligung des Betroffenen oder des Betreuers vor? ja nein

Wenn ja, Datum der Einwilligung _____

Bitte Kopien der Genehmigungen und Einwilligungen beifügen!

7. Ärztliche Versorgung

	Hausarzt	Facharzt 1
Vorname:	_____	_____
Name:	_____	_____
Anschrift/Straße:	_____	_____
PLZ:	_____	_____
Ort:	_____	_____
Telefon	_____	_____
Geschäftlich:	_____	_____
Mobil:	_____	_____
Fachgebiet:	_____	_____

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Kunden)

(Unterschrift des Kunden)

(Unterschrift des Bevollmächtigten)

Bemerkungen:

Ihre persönlichen Daten werden im Sinne der EU-DSGVO (EU-Datenschutz-Grundverordnung) für die Zwecke der Anmeldung gespeichert. Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Beratungszentrum der Sozial-Holding

August-Monforts-Str. 12-16

Tel.: 02161/811 96 811

41065 Mönchengladbach

Fax: 02161/811 96 812

E-Mail: beratungszentrum@sozial-holding.de

Öffnungszeiten:

Montag bis Donnerstag von 8.30 bis 17.00 Uhr

Freitags von 8.30 bis 15.00 Uhr

Wir bitten um Terminvereinbarung

Telefonisch sind wir rund um die Uhr erreichbar.

Ich/wir kennen die Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach/ die städtischen Altenheime/
die Kurzzeitpflege

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Buswerbung | <input type="checkbox"/> aus der Zeitung |
| <input type="checkbox"/> durch Angehörige, Freunde, Nachbarn | <input type="checkbox"/> aus dem Stadtteil |
| <input type="checkbox"/> Ich bin bereits Kunde der Sozial-Holding | <input type="checkbox"/> aus dem Internet |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (Fachbereich Altenhilfe, Krankenhaussozialdienst) | |

Vielen Dank für Ihre Angaben!