



Anmeldung zur Heimaufnahme

BITTE BEACHTEN! Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einreichen!

Name	Vorname	Geburtsname	Geb.- Datum
Geburtsort	Familienstand	Staatsbürgerschaft	Ort/Datum (Eheschließung)

Konfession	Krankenkasse	Versichertennummer
------------	--------------	--------------------

Sind Sie von der Rezeptgebühr befreit? Ja Nein

Wurde ein Antrag auf Leistung aus der Pflegeversicherung gestellt? Ja Nein

Hat der Med. Dienst eine Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit vorgenommen Ja Nein

Festgestellter Pflegegrad 1 2 3 4 5

Derzeitiger Wohnort- Straße- PLZ: _____

Sind oder waren Sie bereits in einem Heim? Ja Nein

wenn ja in welchem? _____

Wurde Ihnen unser Haus empfohlen? Ja Nein

von wem? _____

Wer stellt diesen Antrag?

Name / Anschrift	in welcher Eigenschaft?
------------------	-------------------------

Ab welchem Datum wird die Heimaufnahme gewünscht? _____

Soll der Heimplatz gegen eine Gebühr von 75% der Heimkosten bereitgehalten werden?

Ja Nein

Angehörige:

(Ehegatte / Sohn / Tochter / Betreuer / Bruder / Schwester / Nefte / Nichte / Bekannte)

- 1) _____ Name / Anschrift / Tel. _____
- 2) _____ Name / Anschrift / Tel. _____
- 3) _____ Name / Anschrift / Tel. _____
- 4) _____ Name / Anschrift / Tel. _____

Zuletzt behandelnder Hausarzt:

Name / Anschrift / Telefon

Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag €
	Barvermögen – anderes Vermögen	

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

- Das oben angeführte Einkommen Zuzahlung aus Barvermögen
- Aus folgenden Einkommen: _____
- das zuständige Sozialamt in: _____
- Zusicherung liegt vor? Ja Nein
- Antrag auf Sozialhilfe wurde gestellt am: _____ Nein

Leistungen aus der Pflegeversicherung

Pflegegrad 1	0,00 €
Pflegegrad 2	770,00 €
Pflegegrad 3	1.262,00 €
Pflegegrad 4	1.775,00 €
Pflegegrad 5	2.005,00 €

Pflegesätze gültig ab 01.08.2017 bis 31.07.2018

Pflegegrad	Pflegesatz	Unterkunft und Verpflegung	Investitionskosten gültig bis 31.12.2017	Altenpflege- Umlage gültig bis 31.12.2017	Gesamt pro Tag
1	42,60	34,29	20,33	3,61	98,61
2	54,61	34,29	20,33	3,61	112,84
3	70,79	34,29	20,33	3,61	129,02
4	87,65	34,29	20,33	3,61	145,88
5	95,21	34,29	20,33	3,61	153,44

Vor Antragstellung ist von dem Hilfesuchenden oder seinen Vertreter zu prüfen und festzustellen, inwieweit die wirtschaftliche Situation es erlaubt, die entstehenden Aufwendungen aus eigenen Mitteln zu bestreiten! Hierbei sind auch die Leistungen der Pflegekasse zu berücksichtigen. Falls das Sozialamt die Übernahme der ungedeckten Heimkosten ablehnt, oder das Einkommen in Verbindung mit der Zahlung der Pflegekasse zur Deckung der Heimkosten und eines angemessenen Taschengeldes nicht ausreicht, verpflichtet sich der Heimbewohner, seine Kinder oder Vollmachtinhaber, die Heimkosten einschließlich eines monatlichen Taschengeldes nach Vorlage einer Rechnung selbst zu zahlen! (siehe Bürgschaftserklärung)

Verfügungsberechtigter mit Vollmacht:

Name / Anschrift: _____

Wurde eine Betreuung beantragt? Ja Nein

Verpflichtungserklärung für Selbstzahler

Der Heimbewohner, sein Vertreter oder Betreuer verpflichtet sich, bei Selbstzahlung der Heimkosten, für die pünktliche Überweisung Sorge zu tragen bzw. an dem Lastschriftverfahren teilzunehmen. Sollten die Mittel des Heimbewohners zur Deckung der Heimkosten nicht ausreichen, wird die Differenz gezahlt von:

Name / Anschrift: _____

**Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.
Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt der Anmeldung bei.**

Köln, den _____

Unterschrift des Antragstellers: _____

Wenn nicht Personengleichheit, auch

Unterschrift des Aufzunehmenden: _____

Einzugsermächtigung

Um eine rechtzeitige Zahlung der Heimkosten zu gewährleisten, können Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilen.

Hiermit ermächtige ich das Alten- und Pflegeheim Clara Elisen Stift zu Köln bis auf Widerruf die monatlich anfallenden Heimkosten von meinem nachfolgenden Konto einzuziehen.

Kontoinhaber: _____

Anschrift der Bank oder Sparkasse: _____

IBAN _____

BIC _____

Ort / Datum

Unterschrift Kontoinhaber/Bevollmächtigter