

Anmeldung zur Heimaufnahme

<u>Eingangsdatum:</u>

Altenzentrum
Papst-Johannes-Stift
Trautnerstr. 4
52066 Aachen
 Tel.:0241/608390
 Fax:0241/60839900
 Internet: www.pjs-aachen.de
 E-mail: info@pjs-aachen.de



Heimaufnahme:		ab dem	
Kurzzeitpflege:		vom	bis
Verhinderungspflege:		vom	bis

Antragstellerin / Antragsteller

Name :		Geburtsname :	
Vorname :		Geburtsort :	
Straße / Nr.:		Staatsangehörigk.:	
PLZ / Ort :		Liegt eine Pflegegradbemessung durch die Pflegekasse vor ?	
Geburtsdatum :			
Krankenkasse :			
Vers.-Nummer:		<input type="checkbox"/> ja Pflegegrad: _____ <input type="checkbox"/> nein beantragt am: _____	
Beihilfeanspr.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach §45b SGB XI		Derzeitiger Aufenthaltsort:	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Familienstand :		Name:	
Religion :		Ort :	
Pfarre:			

1. Angehörige(r) / Vertrauensperson :

Name :		Tochter		
Vorname :		Sohn		
Straße / Nr.:		Rechtl. Betreuer/in		
PLZ / Ort :		Bevollmächtigte (r)		
Tel. privat		Sonstige:		
Tel. dienstlich				
Handy		Rechnungsempfänger		

2. Angehörige(r) / Vertrauensperson :

Name :		Tochter		
Vorname :		Sohn		
Straße / Nr.:		Rechtl. Betreuer/in		
PLZ / Ort :		Bevollmächtigte (r)		
Tel. privat		Sonstige:		
Tel. dienstlich				
Handy		Rechnungsempfänger		