

Hans-Sponsel-Haus, Frankenstr. 195, 97078 Würzburg (Tel.: 0931 / 2098-0, Fax: -4119)

Marie-Juchacz-Haus, Jägerstr. 15, 97082 Würzburg (Tel.: 0931 / 41905-0, Fax: -503)

Kurzzeitpflege im Marie-Juchacz-Haus

Sozialzentrum, Winterhäuserstr. 11, 97084 Würzburg (Tel.: 0931 / 6103-0, Fax: -505)

Kurzzeitpflege im Sozialzentrum

Meine Unterlagen sollen an alle o. g. AWO-Einrichtungen weitergeleitet werden

Ich bin ausschließlich an einer Unterbringung an oben angekreuzter Einrichtung interessiert

1. Personalien:			
Name, Vorname:		Geburtsname:	Geburtsort:
Geboren am:	Konfession:	Staatsangehörigkeit:	Beruf / Tätigkeit:
Familienstand:	<input type="checkbox"/> Ledig	<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Verwitwet
Strasse:	PLZ / Ort:	Telefon:	
2. Angehörige:			
Wie verwandt?	Name, Vorname:	Adresse:	Telefon:
BetreuerIn: (lt. Ausweis)			
3. Organisatorisches:			
Unterlagen gehen an: (Ansprechpartner)	<input type="checkbox"/> Heimbewohner selbst:	<input type="checkbox"/> An folgende Person:	
Gewünschte Unterbringung Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> Appartement		
Gewünschte Unterbringung Stationäres Wohnen	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer 16 m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer 20 m <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Appartement 35 m <sup>2</sup>
Gewünschte Unterbringung bei vollstationärer Pflege	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer		<input type="checkbox"/> Doppelzimmer
Kurzzeitpflege (hier Belegung nach Möglichkeit der Einrichtung in Einzel- oder Mehrbettzimmer)	vom:	bis:	
Name des Hausarztes:	Strasse, PLZ / Ort:	Telefon / Fax:	

Anschrift der Kranken- / Pflegekasse		<input type="checkbox"/> Privat
Telefon / Fax:		<input type="checkbox"/> Rentner
Einstufung durch den Medizinischen Dienst:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pflegestufe: _____ <input type="checkbox"/> Antrag wurde gestellt am: _____
Ist der Antragsteller von der „Rezeptgebühr“ befreit?	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Kopie der Befreiungsausweises vorlegen)	<input type="checkbox"/> Nein
Schwerbehindertenausweis vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Beantragt am: _____
Ist Diät notwendig?	<input type="checkbox"/> Ja, welche:	<input type="checkbox"/> Nein

4. Finanzielles:		
Art des monatlichen Einkommens (z. B. Altersruhegeld, Witwenrente, Pension, Miete und Zinseinkünfte, etc.):		Betrag (in EUR):
Ist der Antragsteller beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Kriegsoffer
Kostenträger:	<input type="checkbox"/> Die (Rest-)Heimkosten werden durch das oben genannte Einkommen und evtl. Vermögen aufgebracht	<input type="checkbox"/> Ein Antrag beim zuständigen Sozialamt wurde gestellt am: _____

**Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich; alle Angaben entsprechen den Tatsachen.**

---

Ort, Datum,      Unterschrift des Antragstellers