

- 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, Winterhäuser Str. 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 in oben angekreuzter Einrichtung interessiert

1. Persönliche Angaben:

Name, Vorname:		Geburtsname:		Geburtsdatum:	
Geburtsort:		Konfession:		Staatsangehörigkeit:	
Beruf / Tätigkeit:		<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet			
Familienstand:		Straße:		PLZ / Ort:	
		<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet		☎ Telefon:	

2. Angehörige und Kontaktpersonen:

Verwandtschafts- verhältnis:	Name, Vorname:	Anschrift:	☎ Telefon:
Betreuer/in: (lt. Ausweis)			

3. Organisatorisches:

Unterlagen gehen an: (Ansprechpartner)	<input type="checkbox"/> Antragsteller <input type="checkbox"/> An folgende Person:
Gewünschte Unterbringung Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> Appartement
Gewünschte Unterbringung Stationäres Wohnen (nur im Hans-Sponsel-Haus)	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer 16 m ² <input type="checkbox"/> Einzelzimmer 20 m ² <input type="checkbox"/> Appartement 35 m ²
Gewünschte Unterbringung bei vollstationärer Pflege	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer
Gewünschte Aufenthaltsdauer in der Kurzzeitpflege (Belegung nach Möglichkeit der Einrichtung in Einzel- oder Doppelzim- mer)	von: _____ bis: _____

Name des Hausarztes:	Anschrift:	☎ Telefon / Fax:
Name und Anschrift der Kranken- / Pflegekasse:		<input type="checkbox"/> Privat
☎ Telefon / Fax:		<input type="checkbox"/> Rentner
Einstufung durch den Medizinischen Dienst:	<input type="checkbox"/> Ja	Eingestuft in Pflegestufe:
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Antrag wurde gestellt am:
Besteht ein Anspruch auf erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf nach § 45a SGB XI		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
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"/> Beantragt am:
	<input type="checkbox"/> Nein	
Ernährungsbesonderheiten: (z.B. Diabeteskost)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche:

4. Finanzielles:

Ist der Antragsteller beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Kriegsopfer
<p>Für den Fall, dass die Heimkosten nicht aus eigenen Mitteln bestritten werden können muss ein Sozialhilfeantrag bei der zuständigen Behörde (für Unterfranken ist das der „Bezirk Unterfranken“) gestellt werden. Dieser Antrag kann nur vom „Bewohner“ selbst oder deren bevollmächtigten Angehörigen bzw. Betreuer gestellt werden.</p> <p>Wichtig! Erst ab dem Tag der Antragstellung übernehmen die Sozialämter (in Unterfranken -> der „Bezirk Unterfranken“) für den Fall der Gewährung von Leistungen, die Kosten voll bzw. anteilig. Bis zur Gewährung sind die Kosten selbst aufzubringen.</p> <p>Kostenhinweis! Vom Zeitpunkt der Kostenübernahme seitens des Sozialamtes müssen Sie in den meisten Fällen, laut Bescheid des Sozialamtes, die Renten oder ähnliche Einkünfte ab Inkrafttretens des Bescheides zur Deckung der Kosten einsetzen.</p>			
Kostenträger:	<input type="checkbox"/> Die (Rest-)Heimkosten werden durch das Einkommen und evtl. Vermögen aufgebracht	<input type="checkbox"/> Ein Antrag beim zuständigen Sozialamt (in Unterfranken „Bezirk Unterfranken“)	
		wurde gestellt am: bei (zust. Sachbearbeiter, Tel. Nr., Aktenzeichen):	

5. Woher kennen Sie unsere Einrichtung?

<input type="checkbox"/> Freunde, Bekannte, Verwandte	<input type="checkbox"/> Internetrecherche	<input type="checkbox"/> Andere Quellen:
<input type="checkbox"/> Ich wohne im Stadtteil	<input type="checkbox"/> Anzeige in der Presse	
<input type="checkbox"/> Telefonbuch	<input type="checkbox"/> Andere Werbung	

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

Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers bzw. rechtlichen Betreuers oder Bevollmächtigten