

**Anmeldung zur Aufnahme in die**

- Seniorenpflege auf Hermannswerder     Seniorenpflege am Charlottenhof  
 Kurzzeitpflege im Gesundheitspark Ernst von Bergmann
- Vollstationäre Pflege     Kurzzeitpflege     Verhinderungspflege

ab/von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Angaben des/der Antragssteller/in (aufzunehmende Person)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

Derzeitiger  
Aufenthalt:

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

Antragssteller/in wird vertreten durch  gesetzl. Betreuer/in     Bevollmächtigte/r     Betreuung  
*Urkunde bzw. Vollmacht in Kopie beifügen* ist beantragt

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

Telefonnummer: privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Weitere Kontaktpersonen/Angehörige (Anschrift, Telefon, Email) – ggf. weiteres Blatt verwenden:

---

---

---

---

**Private Haftpflichtversicherung vor Einzug/ bei Einzug:**

Haftpflichtversicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_

- Die Haftpflichtversicherung bleibt auch nach Heimaufnahme bestehen.
- Die Haftpflichtversicherung wird nach Heimaufnahme über den Träger Ernst von Bergmann Care gGmbH genutzt und die Kosten durch den Bewohner bezahlt.

**Finanzierung:**

Krankenkasse/ Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  wurde beantragt am: \_\_\_\_\_  
*Bescheide der Pflegekasse in Kopie beifügen*

Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege beantragt:  ja, am \_\_\_\_\_  nein  
Wurde im lfd. Kalenderjahr bereits eine Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege in Anspruch genommen:  
 ja, bereits \_\_\_\_\_ Tage  nein

Ich bestätige, dass die Einrichtungskosten aufgebracht werden durch:

- Rente \_\_\_\_\_ Euro/Monat (*Rentenbescheide in Kopie beifügen*) oder
- Einkommen/ Vermögen  Sozialhilfe (*Antrag in Kopie beifügen*) beantragt am: \_\_\_\_\_
- Sonstige (*Bescheid in Kopie beifügen*): \_\_\_\_\_

Ich wurde darüber informiert, dass wenn bei Veränderungen der Kostensätze, durch Wegfall des Besitzstandsschutzes, etc. mein Einkommen nicht ausreicht, ich verpflichtet bin, den Sozialhilfeträger/ Kostenträger zu informieren, bzw. einen Antrag auf finanzielle Unterstützung zu stellen.

