

Anmeldung für Tagespflege

Die vollständige Beantwortung aller Fragen ist für die Bearbeitung des Antrags erforderlich!

Interne Bearbeitungsvermerke:

Antrag erhalten am: _____

Telefonische Antragstellung am: _____

Unterschrift Sachbearbeiter

1. Angaben zur aufzunehmenden Person

Vorname(n), Zuname (Rufname bitte unterstreichen)		ggf. Geburtsname
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		
Telefon	Geburtsdatum	Geburtsort (-kreis, -land)
Konfession	Familienstand	Staatsangehörigkeit

2. Derzeitiger Aufenthalt

<input type="checkbox"/> Wohnung, siehe 1.
<input type="checkbox"/>
Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort



3. Angehörige/ Vertrauenspersonen

a)	Vor-, Zuname		Verwandtschaftsgrad	
	Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			
	Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon mobil	E-Mail
b)	Vor-, Zuname		Verwandtschaftsgrad	
	Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			
	Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon mobil	E-Mail


4. Betreuer/ Vollmachtinhaber/ Patientenverfügung

Betreuung/Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ist/wird angeregt am: _____ <input type="checkbox"/> Notwendigkeit unklar <input type="checkbox"/> besteht (Bitte KOPIE ☞ Vorsorgevollmacht, Beschluss, etc. beifügen)		ⓘ Betreuungsgericht <u>Besucheradresse</u> <u>Postanschrift</u> Amtsgericht Freiberg Amtsgericht Freiberg Chemnitzer Str. 40 Postfach 13 51 09599 Freiberg 09583 Freiberg Tel.: 03731/35890	
Patientenverfügung <input type="checkbox"/> vorhanden (Bitte KOPIE ☞ beifügen) <input type="checkbox"/> nicht vorhanden		ⓘ Betreuungsbehörde Landratsamt Mittelsachsen Betreuungsbehörde Frauensteiner Str. 43, 09599 Freiberg Tel.: 03731/799 0	
<input type="checkbox"/> siehe 3. a)			
<input type="checkbox"/> siehe 3. b)	Vor-, Zuname		
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			
Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon mobil	E-Mail

5. Ärzte	
Name Hausarzt	Anschrift Hausarzt
Name Facharzt	Anschrift Facharzt

6. Finanzierung	
Name der Pflegekasse/Krankenkasse	Mitgliedsnummer
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> beantragt am <input type="checkbox"/> von	
Vorhandener Pflegegrad (Bitte KOPIE  Pflegegradbescheid beifügen)	
<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	
Zuzahlungsbefreiung (ggf. bitte KOPIE  beifügen)	

Der Eigenanteil der Tagespflegekosten wird gedeckt durch:			
<input type="checkbox"/> aktuelle monatliche Einkommen:			
<input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> Witwenrente <input type="checkbox"/> weitere Renten/ Pensionen <input type="checkbox"/> Zahlungen von unterhaltspflichtigen Personen <input type="checkbox"/> Barvermögen (Sparbuch, weitere Bankguthaben) <input type="checkbox"/> Blindenbeihilfe <input type="checkbox"/> Landesblindengeld <input type="checkbox"/> Sonstiges (Kapitalerträge, Zins-/Mieteinnahmen, private Zusatzpflegeversicherung,...)			
Die Summe der regelmäßigen monatlichen Einkommen beträgt _____ Euro.			
<u>Rechnungsempfänger ist:</u>			
<input type="checkbox"/> siehe 1.			
<input type="checkbox"/> siehe 3. a)	Vor-, Zuname		
<input type="checkbox"/> siehe 3. b)	Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		
Telefon privat	Telefon dienstlich	Telefon mobil	E-Mail

<input type="checkbox"/> Eigenmittel reichen nicht aus, ggf. besteht Anspruch auf Sozialhilfe	
<input type="checkbox"/> beim zuständigen Sozialamt in: _____	
<input type="checkbox"/> Sozialhilfescheid liegt als KOPIE  bei <input type="checkbox"/> Sozialhilfeantrag wurde gestellt am: _____ <input type="checkbox"/> Sozialhilfeantrag wird unverzüglich gestellt	
ⓘ Personen <u>ab</u> 67. Lebensjahr (zuständig: das Sozialamt des Wohnsitzes mind. der letzten 2 Monate) Landratsamt Mittelsachsen Soziale Sicherung Frauensteiner Straße 43, 09599 Freiberg Tel.: 03731/799 6558 Fax: 03731/799 6688	ⓘ Personen <u>bis</u> 67. Lebensjahr Kommunaler Sozialverband Sachsen Reichsstraße 3 09112 Chemnitz Tel.: 0371/577 0 Fax: 0371/577 282

