

## Anmeldung zur Heimaufnahme

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 <b>KOPIE</b> ☞ Vorsorgevollmacht, Beschluss, etc. beifügen)		ⓘ <u>Betreuungsgericht</u> <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 <b>KOPIE</b> ☞ beifügen) <input type="checkbox"/> nicht vorhanden		ⓘ <u>Betreuungsbehörde</u> 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/ Apotheke	
Name Hausarzt	Anschrift Hausarzt
Name Facharzt	Anschrift Facharzt
<p>ⓘ Die Einrichtung hat mit einer Apotheke eine Kooperation gemäß § 12a ApoG zur Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten, ggf. Körperpflegemitteln, zzgl. zum Einlesen der Chipkarte sowie zur Einholung von Rezepten.</p>	

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	von
Vorhandener Pflegegrad (Bitte <b>KOPIE</b>  Pflegegradbescheid beifügen)	
<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	
Zuzahlungsbefreiung (ggf. bitte <b>KOPIE</b>  beifügen)	
<p>ⓘ Mit dem Eintritt bei der Seniorenheime Freiberg gGmbH erfolgt eine Meldung über die Aufnahme an die zuständige Pflegekasse. Dies entbindet jedoch nicht von der persönlichen Antragstellung durch die pflegebedürftige Person bzw. deren gesetzliche Vertretung.</p>	

Der Eigenanteil der monatlichen Heimkosten 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.			
Aktuelle Nachweise bitte als <b>KOPIE</b>  beifügen (Rentenbescheide, Kontoauszug, etc.).			
<b>Rechnungsempfänger ist:</b>			
<input type="checkbox"/> siehe 1. <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

Eigenmittel reichen nicht aus, ggf. besteht Anspruch auf Sozialhilfe

beim zuständigen Sozialamt in: \_\_\_\_\_

Sozialhilfebescheid liegt als **KOPIE**  bei

Sozialhilfeantrag wurde gestellt am: \_\_\_\_\_

Sozialhilfeantrag wird unverzüglich gestellt

① Personen ab 67. Lebensjahr (zuständig: das Sozialamt des Wohnsitzes mind. der letzten 2 Monate)

① Personen bis 67. Lebensjahr

Landratsamt Mittelsachsen  
Soziale Sicherung  
Am Landratsamt 3, 09648 Mittweida (**Besucheranschrift**)  
Frauensteiner Straße 43, 09599 Freiberg (**Postanschrift**)  
**AP Joho und POA: Hr. Berthold** (03731/799 6533)  
**AP HE und HJR: Fr. Krause** (03731/ 799 6465)  
Fax: 03731/799 6688

Kommunaler Sozialverband Sachsen  
Reichsstraße 3  
09112 Chemnitz  
Tel.: 0371/577 0  
Fax: 0371/577 282

① Zur Verrechnung der Heimkosten ist die Rentenüberleitung auf das Heimkonto erforderlich.

Mit Unterzeichnung der Anmeldung erkläre ich mich einverstanden, dass mit der Aufnahme bei der Seniorenheime Freiberg gGmbH vorsorglich eine von mir unterzeichnete Information an den zuständigen Sozialhilfeträger mit Angabe der Kontaktdaten der/s Vorsorgebevollmächtigten bzw. Betreuers zur vorsorglichen Anzeige eventueller Leistungsansprüche übermittelt wird. Dies entbindet jedoch nicht von der persönlichen Antragstellung durch die pflegebedürftige Person bzw. deren gesetzliche Vertretung.

Zustimmung  Ablehnung

ab Aufnahmetag besteht möglicherweise Wohngeldanspruch

bei der zuständigen Wohngeldstelle in: \_\_\_\_\_

Wohngeldantrag wurde gestellt am: \_\_\_\_\_

Wohngeldantrag wird unverzüglich gestellt

① Stadtverwaltung Freiberg  
Wohngeldbehörde  
Obermarkt 21, 09599 Freiberg  
Tel.: 03731/273 720  
Fax: 03731/273 73 720 E-Mail: Wohngeldstelle@freiberg.de

① Zur Verrechnung der Heimkosten ist die Überleitung des Wohngeldes auf das Heimkonto erforderlich.

## 7. Wünsche zu Unterbringung und Verpflegung

Zimmerwunsch:  Einzelzimmer  Doppelzimmer

Einrichtungswunsch:  Haus Johannahof  Haus Elisabeth  Haus Johanna Rau

Aufnahme gewünscht am:

Aufnahmegrund:


Wird neben vorhandener Grundmöblierung eigenes ergänzendes Kleininventar mitgebracht:  ja  nein

Telefonanschluss gewünscht:  ja  nein

Gruppenhaftpflichtversicherung gewünscht:  ja  nein

## 8. Sonstiges

① Bett- und Frotteewäsche werden von der Einrichtung gestellt. Die Bewohnerwäsche wird durch die Einrichtung kostenpflichtig (0,40 €/ Kleidungsstück) mit Patchetiketten gekennzeichnet.

<p>① Zusätzlich gewünschte Dienstleistungen wie z.B. Fußpflege, Friseur, zusätzliche Getränke werden bargeldlos über die monatliche Nebenkostenabrechnung abgerechnet.</p>
<p>Ärztlicher Fragebogen:    <input type="checkbox"/> liegt bei    <input type="checkbox"/> wird nachgereicht    <input type="checkbox"/> per Fax durch den Sozialdienst angefordert</p>
<p>Anamnesebogen:            <input type="checkbox"/> liegt bei    <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p>
<p>① Bitte bringen Sie den Personalausweis bei Heimaufnahme zur Hinterlegung einer <b>KOPIE</b>  in der Bewohnerakte mit – gleichermaßen auch nach Ummeldung des Wohnsitzes.</p>
<p>① Bitte bringen Sie die Krankenversicherungs-Chipkarte bei Heimaufnahme zur Hinterlegung im Wohnbereich mit.</p>
<p>① Mit Heimaufnahme sind An- bzw. Ummeldungen (i.d.R. durch Betreuer bzw. Vorsorgebevollmächtigten) nötig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personalausweis, lt. Meldeordnung innerhalb 2 Wochen nach Einzug (Bürgeramt Freiberg)</li> <li>- Chipkarte bei zuständiger Krankenkasse</li> <li>- Rentenbezugsstelle</li> <li>- Post, ggf. Nachsendeauftrag stellen</li> <li>- Zeitungen/ Zeitschriften</li> <li>- Beitragsservice (ehemals GEZ)</li> <li>- usw.</li> </ul>

Weitere Bemerkungen:

---



---



---



---



---



---

Sollten Sie keine Möglichkeit haben, die geforderten Nachweise zu kopieren, können Sie auch gerne die Originale mitbringen und wir fertigen Kopien an.

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben sind vollständig und entsprechen den Tatsachen. Die Einhaltung des Datenschutzes wird gewährleistet.



Seniorenheime Freiberg gGmbH  
Chemnitzer Straße 64  
09599 Freiberg  
Telefon: 03731 794-794  
Fax: 03731 794-619  
sozialdienst@seniorenheime-freiberg.de  
www.seniorenheime-freiberg.de

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/ Bevollmächtigte/ Betreuer

\_\_\_\_\_  
Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden