

**ANMELDUNG ZUR ISD-HEIMAUFNAHME**

- |                          |   |                                       |
|--------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Wohnheim Hötting, Schulgasse 8a           | Tel: 53 31 82- 0 FAX: 53 31 82- 27 08 |
| <input type="checkbox"/> | Wohnheim Innere Stadt, Innrain 39         | Tel: 53 31 86- 0 FAX: 53 31 86- 67 50 |
| <input type="checkbox"/> | Wohnheim Lohbach, Technikerstraße 84      | Tel: 53 31 88- 0 FAX: 53 31 88- 17 09 |
| <input type="checkbox"/> | Wohnheim Pradl, Dürerstraße 12            | Tel: 53 31 83- 0 FAX: 53 31 83- 30 80 |
| <input type="checkbox"/> | Wohnheim Reichenau, Reichenauerstraße 123 | Tel: 93 005-0 FAX: 93 005-770         |
| <input type="checkbox"/> | Wohnheim Saggen, Ing.-Etzel Straße 59     | Tel: 53 31 84- 0 FAX: 53 31 84- 47 09 |
| <input type="checkbox"/> | Wohnheim Tivoli, Adele Obermayrstraße 14  | Tel: 53 31 81- 0 FAX: 53 31 81- 17 80 |
| <input type="checkbox"/> | Wohnheim O- Dorf , An der Lanstraße       | Tel: 53 31 80 FAX: 53 31- 71 89       |

**Ihr Wunsch-Heim bitte ankreuzen: Auch mehrfach ankreuzen ist möglich (Nach Maßgabe der Möglichkeit wird Ihr Wunsch erfüllt! Auf diesen kann im Notfall nicht bestanden werden!)**

- WARTELISTE (dringend)**                       **VORMERKUNG (Akt in Evidenz)**

Alle Fragen bitte vollständig und wahrheitsgemäß beantworten!

**NACHNAME:** ..... **VORNAME:** .....

bei Frauen auch Geburtsname) ..... **FAM.STAND:** .....

**GEBOREN AM:** ..... **IN:** ..... **RELIGION:** .....

**BEKANNTGABE AN HEIMSEELSORGE ERWÜNSCHT:** Ja                       Nein

**STAATSANG:** ..... **FRÜHERER BERUF:** .....

**WOHNUNGSANSCHRIFT:** .....

**STADTTTEIL:** ..... **HAUPTWOHNSITZ SEIT:** .....

**TELEFON:** .....

**ANGEHÖRIGE , KONTAKTPERSONEN:**

Verwandtschaft Beziehungsgrad	Name	Adresse	Telefon/Handy-Nr./ E-Mail-Adresse

**KRANKENKASSE:** ..... **VERSICHERUNGSNR:**.....

**WENN MIT VERSICHERT, BEI WEM:** .....

**BEFREIT VON REZEPTGEBÜHR:**     ja                       nein

**BEHANDELNDER HAUSARZT:** ..... **Tel.:** .....

SACHWALTER:  ja  nein beantragt am: .....

DERZEITIGER AUFENTHALT: ..... seit: .....

dort behandelnder Arzt: ..... Telefon-Nr. ....

Sozialarbeiterin: .....

**MONATLICHES EINKOMMEN: (Die Belege sind beizulegen!)****Pensionsauszahlende Stelle:** **Höhe:**

.....

.....

.....

.....

Ist das Pflegegeld im Auszahlungsbetrag enthalten:  ja  nein  
 Wenn nein, wurde schon um Gewährung angesucht:  ja  nein  
 Wurde um Erhöhung des Pflegegeldes angesucht:  ja  nein  
 Wenn ja, wann und von wem:

**AKTUELL BEI HEIMAUFNAHME:**

Dzt. Pflegegeld Stufe .....

Erhöhung beantragt?

Wann?.....

**KOSTENTRÄGER:****Die Heimkosten werden aufgebracht durch:**

- das oben angeführte monatliche Einkommen  
 aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben, Mieteinnahmen) Höhe: .....  
 Grundbesitz, Wohnungseigentum:  ja  nein  
 Zahlung von .....  
 Sozialhilfe .....

**HINWEISE; BEMERKUNGEN; DRINGLICHKEIT:**

.....

.....

**Diese Anmeldung ist, bis auf Widerruf, unverbindlich; alle Angaben entsprechen den  
Tatsachen!!!**

.....  
Anmeldedatum.....  
Unterschrift des Antragstellers