



## F Anmeldung zum Einzug TRO\_FRA

### Ihre Persönlichen Angaben

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsname \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum/ Ort \_\_\_\_\_  
Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
Hausarzt \_\_\_\_\_

### Ansprechpartner rund um den Einzug

#### Bezugspersonen

1 Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
wie verwandt: \_\_\_\_\_

2 Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
wie verwandt \_\_\_\_\_

#### Gesetzlich bestellter Betreuer/ Bevollmächtigter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Umfang der Betreuung \_\_\_\_\_

### Umgang mit der Post

Die Post soll an den Bewohner weitergeleitet werden.

Die Post wird an den *Bevollmächtigten* bzw. den gesetzlich bestellten Betreuer versendet (Bitte Anschrift eintragen)

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_



## Angaben zu den Kostenträgern

### Angaben zur Kranken- und Pflegekassen

Name der Kasse \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreiung Ja  Nein

**Ich habe die Pflegekasse über den Einzug/ über die Kurzzeitpflege informiert**

**Pflegestufe** Beantragt  Pflegegrad 1  Pflegegrad 2   
Pflegegrad 3  Pflegegrad 4  Pflegegrad 5

**Eingeschränkte Alltagskompetenz** Ja  Nein

**Bei Kurzzeit- oder Verhinderungspflege** Ich möchte zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 87b SGB XI in Anspruch nehmen

Ich möchte, dass die Leistungen als Unterkunft /Verpflegung abgerechnet werden und habe das bei der Pflegekasse angegeben.

### Sozialhilfe

Wenn notwendig:

**Ich habe den Sozialhilfeträger über den Einzug informiert und einen Antrag gestellt**

Zuständige Sozialhilfeträger \_\_\_\_\_

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

### Rechnungsempfänger

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

Anschrift \_\_\_\_\_

Ich möchte die Rechnung monatlich an die Einrichtung überweisen

Ich möchte, dass die Rechnung per Lastschrift, monatlich von meinem Konto abgebucht wird

## Informationen zur Unterbringung

**Als:** Kurzzeitpflege  Verhinderungspflege  Langzeitpflege

**Datum des Einzugs:** \_\_\_\_\_

**Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege** Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift