



Freudenstädter Str. 30
70569 Stuttgart - Kaltental

Tel: 0711.68 68 748-0
Fax: 0711.67 70 580

Anfrage zur Heimaufnahme

1. Name _____ Vorname _____

2. Geburtsname _____

3. Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

4. Familienstand _____ Beruf _____

5. Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____

6. Personalausweis/Pass Nr. _____

7. Schwerbehindertenausweis Ja Nein

Grad der Behinderung _____ Merkzeichen _____

8. Hauptwohnsitz _____
StraÙe Hausnummer Telefon

Postleitzahl Wohnort

Mietwohnung Sonstige / Betreutes Wohnen Vollstationäre Einrichtung

9. Derzeitiger Aufenthalt (nur auszufüllen, wenn nicht mit Hauptwohnsitz übereinstimmend)

StraÙe Hausnummer Telefon

Postleitzahl Wohnort

10. Angehörige und nahe stehende Personen:

Verwandtschaftsgrad	Vor- und Nachname	Anschrift	Telefon

11. Gesetzliche/r Betreuer _____

Anschrift _____

Telefon / Fax / Email _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge | <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung |
| <input type="checkbox"/> Vermögensrechtliche Angelegenheiten | <input type="checkbox"/> Postverkehr |

Betreuer Ausweis beigelegt: Ja Nein

12. Einkünfte

<input type="checkbox"/> LVA	Betrag	_____	<input type="checkbox"/> Unfallrente	Betrag	_____
<input type="checkbox"/> BfA		_____	<input type="checkbox"/> sonstige Einkünfte		_____
<input type="checkbox"/> EU – Rente		_____	<input type="checkbox"/> Kriegsopferversorgung		_____
<input type="checkbox"/> Witwenrente		_____	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe		_____

Bitte Adresse des zuständigen Sozialamtes angeben:

Dienststelle	Adresse
--------------	---------

Sachbearbeiterin	Telefon / Fax
------------------	---------------

13. Wer nimmt die Anmeldung vor und in welcher Funktion steht er zum Interessenten?

Name / Adresse

Telefon / Fax / Email

Funktion

19. Gesundheitszustand (kurze Bezeichnung vorhandener Krankheiten / eines chron. Leidens / ...)

Psychische / Psychiatrische Beeinträchtigungen:

Suchterkrankungen (Alkohol / Tabakwaren / Sonstige)

Compliance (Einschätzung der Kooperationsbereitschaft / - Fähigkeit)

Verwahrlosungstendenz – Körperhygiene / Umfeld Wohnraum

Von wem wurde der Haushalt bisher versorgt?

Sonstiger Grund für Anmeldung

Ort, Datum

Unterschrift des Interessenten / des gesetzlichen Vertreters

Einverständniserklärung:

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine Daten für sozial-
planerische und statistische Zwecke anonym verwendet werden
dürfen. Ja Nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Interessenten / des gesetzlichen Vertreters