



**AWO Wilhelm-Hoegner-Haus**  
 Eingliederungshilfe  
 Klettenberg 90  
 97318 Kitzingen  
 Tel. 09321/ 306 – 138 oder 140  
 Fax 09321/ 306 – 100 oder 157



1. Aufnahmetermin: \_\_\_\_\_  
 2. Aufnahme für:  
 Eingliederungshilfe/ gemeinschaftliche Wohnen  
 Einzelzimmer  
 Doppelzimmer

Eingangsvermerk:

Bereich \_\_\_\_\_ Zi.-Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Deb.-Nr.: \_\_\_\_\_

Austritt: \_\_\_\_\_

**3. Persönliche Daten des Kunden**

Name, Vorname (ggf. Titel, Rufname, Künstlername, etc.) \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Wohnort, Telefon \_\_\_\_\_

Die bisherige Wohnung wird beibehalten  Ja  Nein (bitte ankreuzen)Derzeitiger Aufenthalt  Privat  Klinik / andere Einrichtung \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

letzte Eheschließung / Standesamt \_\_\_\_\_

Schwerbehinderung und SchwB-Ausweis vorhanden ?  Ja, \_\_\_\_\_ %, gültig bis \_\_\_\_\_  Nein  
(Ausweis / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)Personalausweis / Reisepass vorhanden ?  Ja, gültig bis \_\_\_\_\_  Nein  
(Ausweis / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen, oder Ausweis bei Hauptwohnsitz beantragen)**4. Krankenkasse / Pflegekasse**

Versichertennummer \_\_\_\_\_

Status \_\_\_\_\_

VK gültig bis \_\_\_\_\_

Name Krankenkasse / Pflegekasse \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

 Praxisgebührenbefreiung /  Zuzahlungsbefreiung ist vorhanden und gültig von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Befreiung / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)Antrag auf Pflegeeingradung ist gestellt  Ja, am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_  Nein  
(Antragsskopie bitte bei Einzug vorlegen)Aktueller Pflegegrad \_\_\_\_\_ besteht ab ..  
(Schriftlicher Nachweis bitte bei Einzug vorlegen)

Antrag auf Pflegeeingradung ist nicht erforderlich wegen \_\_\_\_\_

**5. Ärztliche Versorgung****Bisheriger Hausarzt**

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

ArztNr: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

Adresse Praxis \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Hausarzt nach Aufnahme**

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

ArztNr: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

Adresse Praxis \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**6. Kontaktadressen / Angehörige:****Angehöriger Nr. 1**

Name , Vorname: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis : \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Angehöriger Nr. 2**

Name , Vorname: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis : \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Sonstige Kontaktadresse :**

Name , Vorname: \_\_\_\_\_ Verhältnis zum Bewohner : \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Für weitere Kontaktpersonen fügen Sie ein gesondertes Blatt bei. Danke.

**7. Vertretung des Kunden / Bewohners**

**(Alle vorhandenen schriftlichen Betreuungsnachweise müssen zur Aufnahme vorliegen)**

Der Bewohner ist voll geschäftsfähig.  der Bewohner ist nicht geschäftsfähig

Unabhängig davon ist eine Vollmacht zur Durchführung von Erledigungen (Auskunftsberechtigung, Vertretung gegenüber Behörden und Ämtern, Antragstellung, Zahlungsverkehr, Vertragsabwicklung, etc.) dringend zu empfehlen

Ehepartner

**Anscheinvollmacht** (kurzfristige Vertretung zur Abwicklung der Aufnahmeangelegenheiten) liegt schriftlich vor (Anlage 1 zum Aufnahmeantrag)

Name Bevollmächtigter : \_\_\_\_\_ ggf. Ausstellender Notar : \_\_\_\_\_  
Adresse Bevollmächtigter: \_\_\_\_\_ Vollmacht ausgestellt am : \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Vollmacht liegt schriftlich vor** (Genaue Bezeichnung der Vollmacht) \_\_\_\_\_

Name Bevollmächtigter : \_\_\_\_\_ ggf. Ausstellender Notar : \_\_\_\_\_  
Adresse Bevollmächtigter: \_\_\_\_\_ Vollmacht ausgestellt am : \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Amtlich bestellte Betreuung**  ist beantragt am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

Betreuungsbereiche: \_\_\_\_\_

besteht seit \_\_\_\_\_ zuständiges Amtsgericht : \_\_\_\_\_

Name Betreuer : \_\_\_\_\_ GNr / AZ Amtsgericht : \_\_\_\_\_ XVII \_\_\_\_\_  
Adresse Betreuer : \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**8. Finanzierung des Aufenthaltes**

## ALLGEMEIN:

- Aufstellung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse zur Bezahlung der Heimentgelte liegt vor  
(ggf. auch unter Berücksichtigung der Vorschriften zur Bewilligung gesetzlicher Sozialhilfeleistungen)
- Ermächtigung zum Datenaustausch für Finanzierungszwecke liegt vor (Anlage 2 zum Aufnahmeantrag)
- Lastschriftzugsermächtigung liegt vor (Anlage 3 zum Aufnahmeantrag)
- Erklärung zur Überleitung der Rente liegt vor

KOSTENTRÄGER:  Sozialer KostenträgerSozialhilfeantrag  wurde gestellt bei Behörde \_\_\_\_\_ wurde gestellt am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ Aktenzeichen SHV \_\_\_\_\_ Sachbearbeiter SHV : \_\_\_\_\_Kostenübernahme  ist bereits schriftlich bewilligt (Nachweis bitte beifügen) ist noch nicht entscheiden wegen \_\_\_\_\_ wurde abgelehnt wegen \_\_\_\_\_ SelbstzahlerRechnungsempfänger ist  Bewohner /  Betreuer /  Bevollmächtigter /  Angehöriger Nr. \_\_\_\_\_Name, Adresse Rechnungsempfänger, falls abweichend von Vorgaben :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Beihilfe beihilfeberechtigt zu \_\_\_\_\_ %

Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Aufzunehmenden / Betreuers oder Bevollmächtigten / Ehepartners

Vollmachtgeber (Bewohner)

---

---

---

**Anscheinsvollmacht  
(kurzfristig)**

Hiermit bevollmächtige ich (o.g. Vollmachtgeber) folgende Person:

Frau/ Herr \_\_\_\_\_  
Geb. \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Der hier genannte Bevollmächtigte ist berechtigt in meinem Namen alle Erklärungen abzugeben, die zur Aufnahme, dem Aufenthalt und der Finanzierung meines Aufenthalts in der Einrichtung erforderlich sind.

Dies gilt insbesondere gegenüber Privatpersonen, Banken, Versicherungen, Sozialhilfeträgern und sonstigen Einrichtungen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtgebers

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bevollmächtigten

**Ermächtigung zum Datenaustausch für Finanzierungszwecke**

Ich ermächtige die Einrichtung meine Daten zur Finanzierung des Heimaufenthalts an alle gesetzlichen und privaten Kostenträger weiterzugeben, soweit diese für die Leistungsgewährung des jeweiligen Kostenträgers notwendig sind. Dies kann auch Daten Dritter betreffen. Die Einrichtung haftet nicht für die Richtigkeit der weitergegebenen Daten.

Außerdem ermächtige ich alle gesetzlichen und privaten Kostenträger die bei ihnen vorliegenden Daten an die Einrichtung weiterzugeben, soweit diese für die Finanzierung des Heimaufenthalts von Bedeutung sind. Dies kann auch Daten Dritter betreffen.

Die weitergegebenen Daten dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

---

Ort, Datum

---

Bewohner / Bewohnerin  
rechtliche/r Betreuer/in  
oder Bevollmächtigte/r

Geltungsbereich: Wilhelm-Hoegner-Haus (BEH)			Revision: 000/07.2021
Bearbeitung: QZ WHH	Prüfung: QBE	Freigabe: EL	Seite: 5



Anlage 3 von 3 zum Aufnahmeantrag  
(siehe Heimvertrag Anlage 9)

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift**

Hiermit ermächtige/n ich/wir (Zahlungspflichtiger)

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

Adresse \_\_\_\_\_

Vertreten durch \_\_\_\_\_

jederzeit widerruflich die (Zahlungsempfänger)

Arbeiterwohlfahrt (Träger) **Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Unterfranken e.V.**

Name der Einrichtung **Wilhelm-Hoegner-Haus, Bewohnerverwaltung/Buchhaltung**

Adresse **Klettenberg 90, 97318 Kitzingen**

**Bitte ergänzen oder prüfen Sie folgende Zahlungsmodalitäten.**

die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen

- **A**  der Einrichtungsentgelte ab \_\_\_\_\_ lt.  
fälliger Rechnungen von derzeit monatlich ca. \_\_\_\_\_ € zum 3. Werktag des laufenden Monats und
- **B**  eines Betrages für vereinbarte Zusatzleistungen (Barbetragskonto), gemäß dem monatlichen Verbrauch lt. schriftlicher Abrechnung  
oder bei Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen zur Pflege
- **C**  der monatlichen Rentenanteile in Höhe von \_\_\_\_\_ € monatlich ab \_\_\_\_\_  
bis zur schriftlichen Kostenübernahme durch den sozialen Kostenträger  
durch Lastschrift (SEPA-Basis-Lastschriftmandat) einzuziehen.

**SEPA-Basis-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate) für wiederkehrende Zahlungen

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/ SEPA Core Direct Debit Scheme

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

[Mandatsreferenz]

**DE 10 24 00000046737**

Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

BLZ

Kontonummer

[BIC1]

[IBAN]

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Kitzingen, den .....

Ort, Datum

.....  
Zahlungspflichtiger,  
rechtliche/r Betreuer/in

Geltungsbereich: Wilhelm-Hoegner-Haus (BEH)

Revision: 000/07.2021

Bearbeitung:  
QZ WHH

Prüfung:  
QBE

Freigabe:  
EL

Seite: 6