



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]

¹ 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