



ANSUCHEN UM HEIMAUFNAHME IM SENIORENWOHNHEIM

Altersheim Stiftung Griesfeld
Fleimstalerstraße 41
I-39044 Neumarkt
Telefon: 0471 826100
E-Mail: info@griesfeld.it

Das Ansuchen um Heimaufnahme wird im Interesse für folgende Person gestellt (**Antragsteller**):

Nachname Name
Ehename
Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐
Steuernummer
Staatsbürgerschaft
wohnhaft in der Gemeinde seit Jahren
geboren am in
wohnhaft in ()
Straße Nr.
Tel. Mobiltel.
Pflegegeld beantragt ☐ nein ☐ ja am Pflegestufe

Ersucht um Aufnahme im Seniorenwohnheim:

☐ Griesfeld Neumarkt



☐ Lisl Peter Montan



Art der Aufnahme:

- ☐ Daueraufnahme
☐ Kurzzeitpflege
☐ Tagespflege

Art der Unterbringung:

- ☐ Einbettzimmer ☐ Zweibettzimmer

Ersucht um Aufnahme im Haus der Senioren/Begleitetes Wohnen:

☐ Haus der Senioren



☐ Haus Malayer





Der Unterfertigte erklärt:

- in Kenntnis darüber zu sein, dass vor der Heimaufnahme ein entsprechender Heimvertrag unterzeichnet wird;
- die allgemeinen Bedingungen für die Aufnahme in das Seniorenwohnheim lt. Dienstleistungscharta in geltender Fassung zu kennen und zu akzeptieren;
- über die Aufnahmekriterien informiert zu sein;
- über den derzeitigen Tagessatz informiert zu sein;
- für die Bezahlung des ihm zu Lasten gehenden Tagessatzes entsprechend seiner wirtschaftlichen Situation gemäß DLH vom 11. August 2000, Nr. 30 aufzukommen bzw. für dessen Bezahlung zu sorgen;
- informiert zu sein, dass, falls notwendig, auch die Verwandten 1. Grades entsprechend ihrer wirtschaftlichen Situation gemäß DLH vom 11. August 2000, Nr. 30 für die Bezahlung des Tagessatzes aufkommen müssen;
- das Informationsblatt über die Verarbeitung personenbezogener Daten erhalten zu haben;
- informiert zu sein, dass bei Notwendigkeit eine interne Verlegung (Zimmer sowie Struktur) vorgenommen werden kann;

INFORMATIONSTEIL DER BEZUGSPERSON:

Die **Bezugsperson** ist ein Angehöriger oder eine andere Person, welche ausdrücklich als Ansprechpartner befugt ist und an den sich das Personal des Seniorenwohnheimes für Informationen und Mitteilungen jeglicher Art wenden kann. Die Bezugsperson wird mit der Unterzeichnung dieses Antrages vom Antragsteller autorisiert.

Nachname		Name	
Steuernr.		Verwandschaftsgrad	
wohnhaft in Straße		Nr.	
Ort		Postleitzahl	
Tel.		Mobiltel.	
E-Mail			

Antragsteller, die nicht mehr selbst in der Lage sind, über die eigenen Belange zu entscheiden, benötigen einen Vormund, Kurator oder Sachwalter. Diese Rollen sind vom Gericht genehmigt (bitte fügen Sie eine Kopie der vollständigen Ernennungsurkunde bei).

☐ Vormund	Datum der Ernennung	
☐ Kurator	Datum der Ernennung	
☐ Sachwalter	Datum der Ernennung	



Der unterfertigte Antragsteller ermächtigt hiermit die Altersheim Stiftung Griesfeld Informationen zum eigenen Gesundheitszustand an folgende Personen weiterzuleiten:

Nachname und Name

Nachname und Name

Nachname und Name

Nachname und Name

HAUSARZT:

Nachname und Name

Tel. E-Mail

EVENTUELL FACHARZT:

Nachname und Name

Tel. E-Mail

ANGABEN FÜR RECHNUNGEN:

Es sei darauf hingewiesen, dass das PagoPA-System seit Februar 2021 auf nationaler Ebene in Kraft getreten ist und es daher nicht möglich ist, normale Überweisungen zugunsten der Altersheim Stiftung Griesfeld durchzuführen.

Bitte aktivieren Sie ein SEPA-Lastschriftmandat für die Zahlung der Rechnung (unsere Mitarbeiter stellen die entsprechenden Formulare zur Verfügung).

Die Zustellung der monatlich ausgestellten Rechnungen erfolgt mittels:

☐ E-Mail

☐ Post

☐ Bewohner Die Rechnung wird dem Bewohner persönlich ausgehändigt



HEIMEINTRITT, KOSTENZUSICHERUNG UND RECHTLICHE BESTIMMUNGEN:

Die Vergabe des Heimplatzes erfolgt nach der Reihung der Ansuchen in der Warteliste. Vor Heimeintritt ist der Heimvertrag zu unterschreiben. Der geschuldete Tarif zu Lasten des Betreuten und seiner Familiengemeinschaft hängt von der Art der Unterbringung in Einzel- oder Zweibettzimmer ab. Dieser Tarif wird jährlich angepasst. Die jeweils gültigen Beträge werden den Familien jährlich von der Altersheim Stiftung Griesfeld mitgeteilt.

Das vom Land ausbezahlte Pflege- bzw. Begleitgeld wird ab dem Folgemonat nach der unbefristeten Aufnahme nicht mehr der betreuten Person ausgezahlt.

Der Antragsteller und die im Sinne des DHL 30/2000 zahlungspflichtigen Angehörigen verpflichten sich den Tarif zur Gänze zu bezahlen bzw. einen Antrag um Tarifbegünstigung beim zuständigen Sozialsprengel oder bei der zuständigen Gemeinde zu stellen und den dann berechneten Tarif zu bezahlen.

Nachname und Name	Telefon	Verwandtschaftsgrad

Der Erklärende wurde darauf hingewiesen und ist sich bewusst, dass er im Falle von Urkundenfälschung und unwahren Erklärungen den strafrechtlichen Sanktionen laut Art. 76 des DPR vom 28. Dezember 2000; Nr. 445; in geltender Fassung, unterliegt.

Die Unterschrift muss vor dem Beauftragten vorgenommen werden, ansonsten muss eine gültige Ausweiskopie des Erklärenden beigelegt werden!

Datum

X

Unterschrift Antragsteller

X

Unterschrift Vormund, Kurator, Sachwalter



Erklärung im Sinne des Art. 4 des DPR Nr. 445/2000

Nur auszufüllen, wenn der Antragsteller aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist zu unterschreiben.

Nachname Name

erklärt in seiner Eigenschaft als

- ☐ Ehepartner
- ☐ Sohn/Tochter (in Abwesenheit des Ehepartners)
- ☐ Angehöriger (in Abwesenheit des Ehepartners und von Kindern)

dass der Antragsteller aus Gesundheitsgründen zeitweilig das Ansuchen mit allen darin enthaltenen Erklärungen nicht in der Lage ist zu unterschreiben.

Datum

X

Unterschrift

Bei Unterschrift des Heimvertrages ist dieses Ansuchen um Aufnahme mit allen darin enthaltenen Erklärungen vom Antragsteller bzw. vom Sachwalter, Kurator oder Vormund zu unterzeichnen.

Der Verwaltung vorbehalten

Im Sinne von Art. 21 des D.P.R. vom 28.12.2000, Nr. 445, bestätige ich dass

- ☐ der Erklärende dieses Ansuchens in meiner Gegenwart unterzeichnet hat
- ☐ die Identität des Antragstellers durch ein gültiges Ausweisdokument festgestellt wurde

Datum

X

Unterschrift



Achtung: Die folgenden Erklärungen können nur vom Antragsteller, ihrem Vormund, Kurator oder Sachwalter unterzeichnet werden. FAMILIENMITGLIEDER, NUR WENN SIE EINE DER OBGENANNTEN ROLLEN EINNEHMEN

**ZUSTIMMUNG ZUR DATENVERARBEITUNG
Soziale Dienstleistungen**

Der Unterfertigte (Antragsteller)

oder

der Unterfertigte (definieren, ob es sich um den Vormund, Kurator oder Sachwalter handelt)

des Herrn/der Frau

der erworbenen Informationen für die Verantwortlichen für die Verarbeitung der Daten laut Art. 13 der Ver. UE 679/2016

☐ gibt

☐ gibt NICHT

seine Einwilligung für die Verarbeitung personenbezogener Daten in Bezug auf den Gesundheitszustand, die für die Leistung erforderlich ist

☐ gibt

☐ gibt NICHT

seine Zustimmung zur Übermittlung ihrer Daten zu den im Informationsblatt angegebenen Themen

☐ gibt

☐ gibt NICHT

seine Einwilligung für die elektronische Verarbeitung der Gesundheitsdokumentation durch Zugang und Konsultationen an:

- a) ärztliches, krankenpflegerisches und soziosanitäres Personal, (für die damit verbundenen Tätigkeiten), welche in der Einrichtung arbeiten;
- b) Verwaltungspersonal (für die damit verbundenen Tätigkeiten), welche von der Gesundheitsbehörde beauftragt werden.

Datum

X

Unterschrift



ZUSTIMMUNG ZUR DATENVERARBEITUNG

Veröffentlichung des Namens, Nachnamen und des Geburtsdatums, von Fotos und Videoaufnahmen

Der Unterfertigte (Antragsteller)

oder

der Unterfertigte (definieren, ob es sich um den Vormund, Kurator oder Sachwalter handelt)

des Herrn/der Frau

☐ ersucht

☐ ersucht NICHT

seinen Namen und Nachnamen und das Geburtsdatum in den öffentlichen Bereichen der Struktur in Papier- und digitaler Form anzugeben (im Falle einer negativen Antwort wird nur der vollständige Name mit dem gepunkteten Anfangsbuchstaben des Nachnamens angezeigt)

☐ gibt die Zustimmung

☐ gibt NICHT die Zustimmung

zur Sammlung und Verbreitung seines Portraits und/oder Videoaufnahmen (z.B. Faltblätter, Werbeinformationsbroschüren, Website des Betriebes und Sociale Network desselben) auf denen er abgebildet ist, zu den im Informationsschreiben genannten Zwecken

Diese Erklärung wird bis zum Widerruf ausgestellt.

Datum

X

Unterschrift



Diesem Gesuch werden folgende Dokumente beigelegt:

- ☐ Ärztliche Einschätzung (z.B. Fragebogen, Befund, Zeugnis)
- ☐ Fachärztliches Attest bei Diagnose Demenz
- ☐ Kopie Krankenkassabüchlein mit eventuellen Ticketbefreiungen
- ☐ Kopie Ausweisdokument und Steuernummer des Antragstellers
- ☐ Kopie Ausweisdokument und Steuernummer der Bezugsperson
- ☐ Kopie Ernennung eines Vormundes/Kurators/Sachwalters (falls zutreffend)
- ☐ Bestätigung der Zivilinvalidität (falls bescheinigt)
- ☐ Kopie Ergebnis der Einstufung in eine Pflegestufe (Änderungen bitte mitteilen)