

HEIMAUFNAHMEANTRAG

	ZENTRUM BETREUUNG und PFLEGE	Adresse	Telefon:	Fax	e-mail
<input type="checkbox"/>	ZBP Enns	Eichbergstr. 6b, 4470 Enns	07223 / 82833	39	enns.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	ZBP Haid	Salzburger Straße. 24, 4053 Haid	07229 / 80402	39	haid.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	ZBP Hart	Waggerlstr. 2, 4060 Leonding	0732 / 670037	39	hart.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	ZBP Hörsching	R. Willenstorferstr. 7, 4063 Hörsching	07221 / 73626	39	hoersching.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	ZBP Leonding	Rufflingerstrasse12, 4060 Leonding	0732 / 677808	33	leonding.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	ZBP Neuhofen a. d. Krems	Römerweg 7, 4501 Neuhofen	07227 / 5808	39	neuhofen.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	ZBP St. Dionysen	Wilhelm Anger- Str. 21, 4050 Traun	07229 / 73401	39	st-dionysen.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	ZBP St. Florian	Linzer Str. 17, 4490 St. Florian	07224 / 8283	20	st-florian.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	ZBP Traun	Traunstadlweg 17, 4050 Traun	07229 / 61821	39	traun.post@shvll.at

GESCHÄFTSSTELLE / TAGESZENTREN / MOBILE DIENSTE / KOORDINATORIN FÜR BETREUUNG UND PFLEGE (KBP)

	Adresse	Telefon:	Fax	e-mail
Sozialhilfeverband / Geschäftsstelle	Kärntnerstr. 16, 4020 Linz	0732 / 69414 - 66313	66316	shv.bh-ll.post@ooe.gv.at
Tageszentrum Enns	Eichbergstr. 6b, 4470 Enns	07223 / 82833	39	enns.post@shvll.at
Tageszentrum Haid	Salzburgerstr. 24, 4053 Haid	07229 / 80402	39	haid.post@shvll.at
Tageszentrum St. Dionysen	Wilhelm Anger- Str. 21, 4050 Traun	07229 / 73401	39	st-dionysen.post@shvll.at
Mobile Dienste	Wilhelm Anger- Str. 21, 4050 Traun	07229 / 67224	319	mobile-dienste.post@shvll.at
KBP Koordinatorin für Betreuung und Pflege	Wilhelm Anger- Str. 21, 4050 Traun	0699 / 16722015 od. 0664 / 1942222		kbp@shvll.at

**BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!
Zutreffendes bitte ankreuzen! – Rückseite beachten!**

AUFZUNEHMENDE (R)

Vor- und Zuname:				Geburtsname:	
Adresse:				Adresse seit wann?	
Sozialversicherungsnummer/ Geburtsdatum:	4 STELLIG T T M M J J J J			Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsort / Land:				Tel. Nr.:	
Staatsbürgerschaft:				Religion:	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> _____ seit wann: _____				
Pension wird bezogen von?	<input type="checkbox"/> PVA <input type="checkbox"/> SVS <input type="checkbox"/> BVAEB <input type="checkbox"/> Sonstige: _____				
Wird eine Zusatzpension bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → welche? _____		Sonstige Einkommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → welche? _____	
Bei welcher Krankenkasse versichert?	<input type="checkbox"/> Hauptversichert <input type="checkbox"/> Mitversichert		<input type="checkbox"/> ÖGK <input type="checkbox"/> BVAEB	<input type="checkbox"/> SVS-GW <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> SVS-LW
Wird Pflegegeld bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Stufe _____ <small>Unterlagen bitte beilegen</small>		Wurde um Pflegegeld bzw. Erhöhung angesucht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Datum _____ <small>Unterlagen bitte beilegen</small>	

Hat der (die) Aufzunehmende einen Erwachsenenvertreter?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Name: _____ Tel. Nr.: _____ <small>Unterlagen bitte beilegen</small>
Rezeptgebühren?	<input type="checkbox"/> pflichtig <input type="checkbox"/> befreit → <small>Unterlagen bitte beilegen</small>
Hausarzt:	Name: _____ Gemeinde: _____
War der (die) Aufzunehmende bereits in einem Pflegeheim untergebracht? Wenn ja, wo und von wann bis wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Wo? _____ von _____ bis _____

ANTRAGSTELLER (muss nicht AUFZUNEHMENDE (R) sein)

Vor- und Zuname:	_____	Tel. Nr.: und/oder Handynr.:	_____
Adresse:	_____	e-mail:	_____

ANGABEN DER NÄCHSTEN ANGEHÖRIGEN / bzw. ERWACHSENENVERTRETER

Verwandtschaftsgrad	Vor- und Zuname	Adresse	erreichbar unter:
	1. Ansprechpartner		Telefonnummer und / oder Handynummer: _____ e-mail: _____
	2. Ansprechpartner		Telefonnummer und / oder Handynummer: _____ e-mail: _____
	weiterer Ansprechpartner		Telefonnummer und / oder Handynummer: _____ e-mail: _____

AUS WELCHEM GRUND WIRD DIE AUFNAHME BEANTRAGT?

_____,
Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. des Ansprechpartners