

Seniorenzentrum gGmbH  
„Am Sonnenblick“  
Jahnstraße 11a  
04703 Leisnig

### Anmeldung zur Tagesbetreuung (Teilstationär)

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsname:	<input type="text"/>	Geb.datum:	<input type="text"/>
Geburtsort:	<input type="text"/>	Telefonnr.:	<input type="text"/>

### Angaben zur Wohnung

Straße:	<input type="text"/>	Hausnr.:	<input type="text"/>
PLZ:	<input type="text"/>	Wohnort:	<input type="text"/>

### Angaben zur Person

Familienstand:	<input type="text"/>	Konfession:	<input type="text"/>
Staatsbürgerschaft:	<input type="text"/>		
Erlerner Beruf:	<input type="text"/>	Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:	<input type="text"/>
Pflegegrad:	<input type="text"/>	Seit wann:	<input type="text"/>
		Eingeschränkte Alltagskompetenz:	<input type="text"/>

*Bitte unbedingt den Nachweis beifügen*

### Angaben zu den Angehörigen

Verwandschaftsgrad:	<input type="text"/>	Telefonnr.:	<input type="text"/>
Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	PLZ/Wohnort:	<input type="text"/>

Verwandschaftsgrad:

Telefonnr.:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

**Betreuung Bevollmächtigter:** JA  NEIN

*Bitte unbedingt den Nachweis beifügen*

Telefonnr. Des Betreuers:

Beschluss/  
Vollmacht vom:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Betreuung notwendig: JA  NEIN

Betreuung beantragt: JA  NEIN

**Angaben zum Hausarzt**

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Krankenkasse:

Vers.-Nr.:

Befreit von Zuzahlung: JA  NEIN

**Angaben zum Einkommen**

Art des Einkommens:

Höhe des Einkommens:

Zahlende Stelle:

**Angaben zum Kostenträger**

Die Heimkosten übernehmen:

müssen beantragt werden:

Sind beantragt am:

Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich.  
Alle Angaben entsprechen den Tatsachen und sind vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

---

Ort und Datum:

---

Unterschrift des Aufzunehmenden:

---

Unterschrift Betreuer / Bevollmächtigter: