

ANTRAG AUF HEIMAUFNAHME

Franziskusheim Fügen
 Franziskusweg 9, 6263 Fügen
 Tel: +43 5288 63313
 Email: info@sdvz.at
 EDV-Nummer: _____

Pflegeform: ☐ Langzeitpflege ☐ Kurzzeitpflege¹⁾ ☐ Betreutes Wohnen

Aufnahmedatum: _____

Zimmer-Nummer: _____

Hauptpflegeperson

Familienname & Vorname		Verhältnis (Sohn, Tochter, ...)	
Adresse (inkl. PLZ, Ort)		Telefonnummer	

Angaben zur Person

Familienname		Vorname	
Geburtsname		Geburtsdatum	
Geburtsort		SV-Nr.	
aktuelle Adresse (inkl. PLZ, Ort)		Telefonnummer	
Staatsbürgerschaft		Religion	
Familienstand		Seit	

Angehörige

Verhältnis (Sohn, Tochter,...)	Name	Telefonnummer	Adresse (inkl. PLZ, Ort)

Erwachsenenvertreter / Vertrauensperson

Name		Bezirksgericht	
Aktenzeichen		Kontakt	

Frühere UNTERBRINGUNG in HEIMEN oder ähnlichen Einrichtungen

Ärztliche Versorgung

Hausarzt		Krankenkasse	
Rezeptgebührenbefreit	☐ JA ☐ NEIN	Befreit bis	

Pension

☐ PVA
 ☐ BVAEB
 ☐ SVS
 ☐ Sonstige: _____

Pflegegeld

Auszahlende Stelle (PVA, BVAEB, SVS, Sonstige)		Pflegestufe	
Antrag gestellt bei		Datum Antrag	

Bankverbindung (der Hauptpflegeperson - nur bei KZP)

Kontoinhaber		Bank	
IBAN		BIC	

SONSTIGE ANGABEN und BEMERKUNGEN

¹⁾ Grundsätzlich besteht ein Anspruch auf eine Förderung der Kurzzeitpflege für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____