

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	Ruflingerstrasse 12, 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	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 Neuhofen	Römerweg 7, 4501 Neuhofen	07227 / 5808	39	dionysen.post@shvll.at
Tageszentrum St. Dionysen	Wilhelm Anger- Str. 21, 4050 Traun	07229 / 73401	39	dionysen.post@shvll.at
Mobile Dienste	Wilhelm Anger- Str. 21, 4050 Traun	07229 / 67224		mobile-dienste.post@shvll.at
KBP Koordinatorin für Betreuung und Pflege	Wilhelm Anger- Str. 21, 4050 Traun	0664 / 88510906 od. 0664 / 1942222 od. kbp@shvll.at		

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

AUFZUNEHMENDE PERSON

Vorname:					Geburtsname:		
Familienname:							
Wohnadresse:						Seit wann:	
Plz, Wohnort:							
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 seit wann:						
Pension wird bezogen von?	<input type="checkbox"/> PVA <input type="checkbox"/> SVS <input type="checkbox"/> BVAEB <input type="checkbox"/> Sonstige:						
Wird eine Zusatz- pension bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → welche?				Sonstige Einkommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → welche?	
Bei welcher Kranken- kasse 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"/> SVS-LW <input type="checkbox"/> Sonstige:		
Wird Pflegegeld bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Stufe Unterlagen bitte beilegen		Wurde um Pflegegeld bzw. Erhöhung angesucht?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Datum Unterlagen bitte beilegen		

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 → Unterlagen bitte beilegen
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? _____ <div style="text-align: right;">von _____ bis _____</div>

ANTRAGSTELLER (muss nicht AUFZUNEHMENDE(R) sein)			
Vorname:		Tel. Nr.:	
Familienname:		und/oder Handynr.:	
Wohnadresse:		E-Mail:	
Plz, Wohnort:			

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?	
Kurzzeitpflege:	Langzeitpflege:

Ort

,

Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. des Ansprechpartners