

## **HEIMAUFNAHMEANTRAG**

<b>ZENTRUM BETREUUNG und PFLEGE</b>		<b>Adresse</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Fax</b>	<b>e-mail</b>
<input type="checkbox"/>	<b>ZBP Enns</b>	Eichbergstr. 6b, 4470 Enns	07223 / 82833	39	enns.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	<b>ZBP Haid</b>	Salzburger Straße. 24, 4053 Haid	07229 / 80402	39	haid.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	<b>ZBP Hart</b>	Waggerlstr. 2, 4060 Leonding	0732 / 670037	39	hart.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	<b>ZBP Hörsching</b>	R. Willenstorferstr. 7, 4063 Hörsching	07221 / 73626	39	hoersching.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	<b>ZBP Leonding</b>	Ruflingerstrasse 12, 4060 Leonding	0732 / 677808	33	leonding.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	<b>ZBP Neuhofen a. d. Krems</b>	Römerweg 7, 4501 Neuhofen	07227 / 5808	39	neuhofen.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	<b>ZBP St. Dionysen</b>	Wilhelm Anger- Str. 21, 4050 Traun	07229 / 73401	39	dionysen.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	<b>ZBP St. Florian</b>	Linzer Str. 17, 4490 St. Florian	07224 / 8283	20	st-florian.post@shvll.at
<input type="checkbox"/>	<b>ZBP Traun</b>	Traunstadlweg 17, 4050 Traun	07229 / 61821	39	traun.post@shvll.at

### **GESCHÄFTSSTELLE / TAGESZENTREN / MOBILE DIENSTE / KOORDINATORIN FÜF BETREUUNG UND PFLEGE (KBP)**

	<b>Adresse</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Fax</b>	<b>e-mail</b>
<b>Sozialhilfeverband / Geschäftsstelle</b>	Kärntnerstr. 16, 4020 Linz	0732 / 69414 - 66313	66316	shv.bh-ll.post@ooe.gv.at
<b>Tageszentrum Enns</b>	Eichbergstr. 6b, 4470 Enns	07223 / 82833	39	enns.post@shvll.at
<b>Tageszentrum Neuhofen</b>	Römerweg 7, 4501 Neuhofen	07227 / 5808	39	dionysen.post@shvll.at
<b>Tageszentrum St. Dionysen</b>	Wilhelm Anger- Str. 21, 4050 Traun	07229 / 73401	39	dionysen.post@shvll.at
<b>Mobile Dienste</b>	Wilhelm Anger- Str. 21, 4050 Traun	07229 / 67224		mobile-dienste.post@shvll.at
<b>KBP Koordinatorin für Betreuung und Pflege</b>	Wilhelm Anger- Str. 21, 4050 Traun	0664 / 88510906 od. 0664 / 1942222 od. kbp@shvll.at		

**BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!**

**Zutreffendes bitte ankreuzen! – Rückseite beachten!**

### **A U F Z U N E H M E N D E P E R S O N**

Vorname: Familienname:			Geburtsname:	
Wohnadresse: Plz, Wohnort:			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 verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden verwitwet	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	seit wann:
Pension wird bezogen von?	<input type="checkbox"/> PVA <input type="checkbox"/> Sonstige:		<input type="checkbox"/> SVS	<input type="checkbox"/> BVAEB
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"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> SVS-LW
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: _____ Unterlagen bitte beilegen	Tel. Nr.: _____
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? _____ von _____ bis _____	

#### A N T R A G S T E L L E R (muss nicht A U F Z U N E H M E N D E (R) sein)

Vorname: Familienname:		Tel. Nr.: und/oder Handynr.:	
Wohnadresse: Plz, Wohnort:		E-Mail:	

#### A N G A B E N D E R 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:

#### A U S W E L C H E M G R U N D W I R D D I E A U F N A H M E B E A N T R A G T ?

Kurzzeitpflege:	Langzeitpflege:
-----------------	-----------------

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. des Ansprechpartners