

Anmeldung zur Aufnahme Daten für Wohn-, und Betreuungsvertrag Behindertenhilfe



Bezirksverband
Ober- und Mittelfranken e. V.

AWO Betreuungszentrum Roth

BewohnerIn: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau				<input type="text"/>	
_____		_____		Geburtsdatum	
Vorname		Zuname		_____	
Bisheriger Wohnort:					
_____		_____		_____	
Straße/Hausnr.		PLZ		Ort	
_____		_____		_____	
Straße/Hausnr.		PLZ		Ort	
_____		_____		_____	
Derzeitiger Aufenthalt: _____					
_____		_____		_____	
Straße/Hausnr.		PLZ		Ort	
_____		_____		_____	
_____		_____		_____	
Krankenhaus		andere vollstationäre Einrichtung		Reha	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
zu Hause		Sonstiges		_____	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Religionszugehörigkeit	

Betreuung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Vollmacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
BetreuerIn/Bevollmächt.: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Wirkungskreis der Betreuung/Vollmacht:
Vorname: _____	<input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten
Zuname: _____	<input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten
Straße: _____	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Unterbringung
PLZ: _____ Ort: _____	<input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge
Tel.: _____ Fax: _____	<input type="checkbox"/> Versicherungen <input type="checkbox"/>
Tel. mobil: _____	<input type="checkbox"/> Ämter/Behörden
	eMail: _____

Angehörige 1: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Angehörige 2: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Verwandtschaftsgrad: _____	Verwandtschaftsgrad: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Zuname: _____	Zuname: _____
Straße: _____	Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____	PLZ: _____ Ort: _____
Tel.: _____ Fax: _____	Tel.: _____ Fax: _____
Tel. mobil: _____	Tel. mobil: _____
Email: _____	Email: _____

Unterbringungsbeschluss Ja, bis _____ Nein

Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad	Krankenkasse:
<input type="checkbox"/> Pflegegrad beantragt am: _____	

