

Aufnahmeantrag

Name:		Vorname:	
Geburtsname:		Familienstand:	
Geb. am:		Geb. in:	
Telefon:			
zuletzt gemeldet in: (vollständige Adresse, evtl. Telefon)			
Derzeitiger Aufenthaltsort:			
Im Falle vorliegender Betreuung:			
Art der Betreuung:	<input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne Einwilligungsvorbehalt		
Aufgabenbereiche:			
Name des Betreuers:		Telefon:	
Anschrift:			
E-Mail:			
Krankenversicherung :			
Versicherungsnummer:			
erhält Krankengeld?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Höhe in €:	
Rententräger:		Rentenzeichen:	
erhält Rente?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Höhe in €:	Art: <input type="text"/>
zust. Arbeitsamt/ Jobcenter:			
erhält ALG1, ALG2?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Höhe in €:	
Sozialhilfeempfänger?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Höhe in €:	
Vermögen vorhanden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	(Grundbesitz, Lebensversicherungen, etc.)	
Barvermögen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Höhe in €:	

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Datum	Seiten
SL/JS	D.1.1_8 - Aufnahmeantrag	GM/Hö	2	12.01.2021	1 von 2

Allgemein

D.1.1_8 Aufnahmeantrag

Kostenträger der Wiedereingliederungsmaßnahme im STZ Wartenberg:	
Antrag auf Kostenübernahme wurde abgesandt am:	
an den zuständigen Sozialhilfeträger:	

Aufnahmebedingungen:

Vor der Aufnahme muss vorhanden sein:

1. Antrag gemäß dem Gesamtplanverfahren (in Kopie)
2. Kostenzusicherung des zuständigen Kostenträgers
3. Krankenkassenkarte bzw. Angabe der Krankenkasse
4. bei vorliegender Betreuung, Bestellung des Betreuers (kann auch nachgereicht werden)
5. Entgiftung des Aufzunehmenden
6. begonnene zahnärztliche Behandlungen sollten abgeschlossen sein
7. 4.500 € Kostenvorauszahlung, falls der Aufzunehmende Selbstzahler ist

Zur Aufnahme ist das Einverständnis zur Hausordnung, mit den darin enthaltenen Regelungen, notwendig.

Die Übernahme ist nur möglich für Alkohol- und Medikamentenabhängige ohne krankheitsbedingte Pflegebedürftigkeit (im Sinne von Bettlägerigkeit und intensiven pflegerischen Maßnahmen - nicht im Sinne von Betreuung).

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in das STZ Wartenberg und bestätige, dass ich die vorvertraglichen Informationen (Konzept, Wochenplan, Hausordnung, Ausgangsregelung, Aufnahmeantrag, Erklärung zum Datenschutz) erhalten und erläutert bekommen habe.

.....
Datum

.....
Unterschrift Antragssteller

.....
Datum

.....
Unterschrift Betreuer

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Datum	Seiten
SL/JS	D.1.1_8 - Aufnahmeantrag	GM/Hö	2	12.01.2021	2 von 2