

Aufnahmeantrag TWG

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		
Name des Betreuers:		Telefon:	
Anschrift Betreuer:			
E-Mail Betreuer:			
Betreuerausweis im Anhang	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Krankenversicherung: Versicherungsnummer:			
Haftpflichtversicherung: Versicherungsnummer:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
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, Bürgergeld?	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.)	

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Datum	Seiten
PA	L-B.HW4_5 Aufnahmeantrag TWG	GM/Hö	4	10.01.2025	1 von 3

Barvermögen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Höhe in €:	
Arbeitsverhältnis	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Verdienst:	
Angaben Arbeitgeber (Anschrift; Tel-Nr.)			
Konto	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bank	
IBAN:			BIC:
Kostenträger der Wiedereingliederungsmaßnahme in die Therapeutischen Wohngemeinschaft:			
Antrag auf Kostenübernahme wurde abgesandt am:			
an den zuständigen Sozialhilfeträger:			

Aufnahmebedingungen:

Vor der Aufnahme muss vorhanden sein:

1. Antrag auf Kostenübernahme (in Kopie)
2. Kostenzusicherung des zuständigen Kostenträgers
3. Krankenkassenkarte bzw. Angabe der Krankenkasse
4. bei vorliegender Betreuung, Betreuerausweis
5. Therapie/Entgiftung des Aufzunehmenden
6. geklärte Einkommensverhältnisse (ALG I, Bürgergeld, Rente, Sozialhilfe, Lohn/Gehalt)
7. Zustimmung über die Übernahme der Kautions von Jobcenter; Bezirk bzw. BW

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

Eine Aufnahme ist nur möglich für suchtmittelabhängige Personen ohne krankheitsbedingte Pflegebedürftigkeit (im Sinne von Bettlägerigkeit und intensiven pflegerischen Maßnahmen - nicht im Sinne von Betreuung).

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den ambulanten Bereich des STZ Wartenberg und bestätige, dass ich die vorvertraglichen Informationen (Konzept, Hausordnung, Rückfallregelung, Aufnahmeantrag) erhalten und erläutert bekommen habe.

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Datum	Seiten
PA	L-B.HW4_5 Aufnahmeantrag TWG	GM/Hö	4	10.01.2025	2 von 3

.....
Datum

.....
Unterschrift Antragssteller

.....
Datum

.....
Unterschrift Betreuer

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Datum	Seiten
PA	L-B.HW4_5 Aufnahmeantrag TWG	GM/Hö	4	10.01.2025	3 von 3