

\_\_\_\_\_  
[Ort, Datum]

**Alten- und Pflegeheim St. Josef**  
**St. Barbara Str. 5**  
**45891 Gelsenkirchen**

**Anmeldung /Antrag  
zur Heimaufnahme**

**1. Vor- und Zuname**

[bei Frauen auch Geburtsname]

\_\_\_\_\_

**2. Geburtstag und -ort**

\_\_\_\_\_

**3. Postleitzahl, Wohnort**

\_\_\_\_\_

**Straße, Hausnummer**

\_\_\_\_\_

**4. Derzeitiger Aufenthaltsort**

[z.B. Krankenhaus, Heim, Besuch]

\_\_\_\_\_

**5. Beruf**

**erlernter**

\_\_\_\_\_

**zul. ausgeübter**

\_\_\_\_\_

**6. Familienstand**

ledig      Ehe geschlossen am, in \_\_\_\_\_

Lebenspartnerschaft

Ehegatte verstorben am \_\_\_\_\_

Ehegatte gefallen /vermisst /verschollen seit \_\_\_\_\_

Ehe geschieden seit \_\_\_\_\_      getrennt lebend seit \_\_\_\_\_

**7. Beruf des Ehegatten**

\_\_\_\_\_

**8. Konfession**

evangelisch      röm.-kath.      sonstige \_\_\_\_\_

**9. Staatsangehörigkeit**

deutsch      sonstige \_\_\_\_\_

**10. Besteht eine Betreuung?**

ja      nein      ist beantragt

Name und Anschrift des Betreuers:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11. Krankenkasse**

[Anschrift]

\_\_\_\_\_

Pflichtmitglied      freiwillig versichert      privat versichert      Rentner

**12. Hausarzt**

---

---

**13. Kontaktaufnahme durch**

Name und Vorname	Wohnort und Straße	Telefonnummer

**14. Die Kosten werden bezahlt**

aus dem monatlichen Einkommen bzw. Vermögen

durch Zahlungen von \_\_\_\_\_

---

durch das zuständige Sozialamt

**15. Kostenverpflichtung**

liegt bei      wird nachgereicht

**16. Gewünschte Unterbringung**

Einzelzimmer      Doppelzimmer

**17. Diätkost erforderlich**

nein      ja, welche? \_\_\_\_\_

**18. Aufnahmetermin**

---

**19. Liegt eine Pflegestufe vor?**

nein      ja, welche? \_\_\_\_\_

**20. Gründe der Heimaufnahme**

---

---

---

**21. Sonstiges** [Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen, Angaben über frühere Heimunterbringung]

---

---

---

**Soweit vorhandenes eigenes Einkommen zur Deckung der entstehenden Kosten erforderlich ist, bin ich [sind wir] bereit, diese dem Träger der Sozialhilfe vom Zeitpunkt der Heimaufnahme an zur Verfügung zu stellen und stimme[n] einer Überleitung nach § 90 BSHG zu.**

\_\_\_\_\_  
[Ort, Datum]

\_\_\_\_\_  
[Unterschrift des Aufzunehmenden]

\_\_\_\_\_  
[Unter- und Anschrift des Antragstellers, wenn Antrag nicht von Aufzunehmendem gestellt wird]