|  |  |
| --- | --- |
| Name der Einrichtung: |       |
| Straße und Hausnummer: |       |
| Plz und Ort: |       |
| Telefon: |       |
| Ansprechpartner: |       |

**Hinweis:**

Dieses Formular ist ausschließlich für Heimverwaltungen gedacht. Sofern Sie für sich selbst, Angehörige oder Betreute Leistungen beantragen möchten, verwenden Sie bitte den *Antrag auf Gewährung von Hilfe* unter dem Menüpunkt *Sozialhilfe.*

An den

**Bezirk Niederbayern**

**-Sozialverwaltung-**

**per FAX 0871-97512190**

**Anmeldung zur**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Kurzzeitpflege | ab |       |
| [ ]  Verhinderungspflege | ab |       |
| [ ]  Vollstationären Pflege | ab |       |

|  |  |
| --- | --- |
| erstmaliger Heimeintritt (nur bei Selbstzahlern): |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pflegegrad: |       |  | [ ]  Einzelzimmer | [ ]  Doppelzimmer |

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |       |
| Vorname: |       |
| Geburtsdatum: |       |
| Familienstand: | [ ]  ledig [ ]  verheiratet [ ]  verwitwet [ ]  geschieden |

|  |  |
| --- | --- |
| Letzte Wohnanschrift: |       |
|  |       |
|  | [ ]  Miete [ ]  Eigentum [ ]  Wohnrecht |

[ ]  Rente wird eingezogen (nicht bei verheirateten Bewohnern)

[ ]  Unterlagen bitte an Betreuer/Bevollmächtigten:

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Adresse: |       |
|  |       |
|  |       |