|  |  |
| --- | --- |
| 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: |  |
|  |  |
|  |  |