

## ANMELDUNG

Vorsorgliche Anmeldung:	<input type="checkbox"/>
Dringende Anmeldung:	<input type="checkbox"/>
Kurzaufenthalter:	<input type="checkbox"/>
Eintrittsdatum:	.....

### Adresse

Name:..... geborene:..... Vorname:.....

Adresse:.....

PLZ/Wohnort:.....

Telefon Nr.:.....

### Personalien

Geburtsort:..... Geburtsdatum:.....

AHV-Nr.:..... Heimatort:.....

Zivilstand:..... seit:..... Name der/des Gattin/Gatten:.....

Konfession:..... Beruf:.....

Name des Vaters:..... Name der Mutter (mit ledigen Namen):.....

### Herkunft

Schriften hinterlegt in:.....

Herkunftsadresse (Heim, Spital, Rehaklinik usw.):.....

Wenn die eintretende Person aus dem Spital, Rehaklinik ins APH St. Barbara eintritt, muss ein Austrittsbericht zu Händen des Heimarztes mitgebracht werden.

### Zahlungsverpflichtung

Für die Zahlung der anfallenden Kosten sowie für den Rechnungserhalt verpflichtet sich:

Name und Adresse:.....

Dies bezeugt unterschriftlich:

Ort und Datum:..... Unterschrift:.....

Mit der Unterzeichnung bestätigt der/die Bewohner/in, Zahler, gesetzlicher Vertreter, dass er/sie die Taxordnung des APH St. Barbara kennt und sich mit dieser einverstanden erklärt. Änderung in der Taxordnung werden schriftlich mitgeteilt.

## Kontaktadressen

(Bitte vollständige Adresse angeben)

Hausarzt: .....

Krankenkasse: .....

Bitte legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie des Mitgliederausweises bei).

Mitglieder-Nr.: .....

Ausgleichskasse: .....

## **Angehörige:**

Name/Vorname: .....

Adresse/PLZ/Wohnort: .....

Telefon-Nr./Handy-Nr.: .....

E-Mail .....

---

Name/Vorname: .....

Adresse/PLZ/Wohnort: .....

Telefon-Nr./Handy-Nr.: .....

E-Mail .....

---

Name/Vorname: .....

Adresse/PLZ/Wohnort: .....

Telefon-Nr./Handy-Nr.: .....

E-Mail .....

---

## **Gesetzlicher Vertreter:**

Beirat:

Beistand:

Vormund:

Name/Vorname: .....

Adresse/PLZ/Wohnort: .....

Telefon-Nr./Handy-Nr.: .....

E-Mail .....

---

## Renten:

### **Ergänzungsleistungen**

Wenn Ihre AHV und eventuelle andere Einkommen nicht zur Bezahlung der Pensions- und Pflegekosten ausreicht, können Sie Ergänzungsleistungen beantragen. Das sind keine Fürsorgeleistungen, sondern stellen einen Rechtsanspruch auf Grund eines Bundesgesetzes dar. Wir geben Ihnen gerne nähere Auskünfte.

### **Hilflosenentschädigung**

Wir klären bei jedem Heimeintritt den Anspruch auf Hilflosenentschädigung ab. Wird eine Hilflosenentschädigung gewährt, beanspruchen wir diese und fakturieren den Betrag in der monatlichen Abrechnung.

Wird Ihnen bereits eine Hilflosenentschädigung ausbezahlt?                      Ja:                       Nein:

*Wir bitten Sie, beim Heimeintritt eine eventuelle Verfügung der rentenauszahlenden Ausgleichskasse mitzubringen.*

Datum: .....

Unterschrift: .....

**Diesem Anmeldeformular sind folgende Unterlagen beizufügen:**

Kopie Krankenkassenkarte  
Kopie AHV-Karte