

C PFLEGEKASSE

Name der Pflegekasse

Tel.-Nr. / Fax

Postleitzahl / Ort

Straße

Mitgliedsnummer des Versicherten

D HAUSARZT

Vor- und Zuname

Tel.-Nr. / Fax

Postleitzahl Ort

Straße

Besteht eine Befreiung von Zuzahlungen? o ja o nein o beantragt

Wenn ja, bis wann?

Besteht eine Inkontinenz? o ja o nein

E PFLEGEGRAD

o 2 o 3 o 4 o 5 seit wann? _____
o 1 o keinen o beantragt
Wenn beantragt, wann? _____

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in EUR

Aufgrund des für die Bezahlung der Heimkosten nicht ausreichenden Einkommens, ist ein Antrag auf Kostenübernahme beim zuständigen Sozialhilfeträger zu stellen. Dieser Antrag ist so früh wie möglich zu stellen, da der Sozialhilfeträger erst ab Kenntnisnahme zur Kostenübernahme verpflichtet ist.

F KOSTENTRÄGER

o Selbstzahler/in ja/nein o Sparvermögen vorhanden? (Höhe) _____

o Sozialhilfe nach SGXII

Wenn ja, beantragt am? _____

Wo beantragt? _____