



18. Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)		
Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag €
19. Kostenträger (Zutreffendes bitte ankreuzen)		
<input type="checkbox"/> Das oben angeführte monatliche Einkommen.		<input type="checkbox"/> Zahlung * durch:
<input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben) Bestand heute € **:		<input type="checkbox"/> Das zuständige Sozialamt * in:
*) Die Kostenverpflichtungserklärung – liegt bei- folgt in den nächsten Tagen – ist beantragt am:		
**) Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist !		
20. Gewünschte Unterbringung:	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer
21. Termin?	(für wann wird die Aufnahme gewünscht?)	
22. Diät notwendig ?	welche? warum?	
23. Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?		
24. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden ? Name und genaue Anschrift:		
In welcher Eigenschaft:		
25. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:		

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.  
 Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.  
 Hinweis: Falsche Angaben im Antrag, insbesondere zur Vermögenslage, führen zur fristlosen Kündigung des Heimaufnahmeantrages.

Ort, Datum

-----

-----  
 Unterschrift des Antragstellers:

Wenn nicht Personengleichheit ,  
 auch Unterschrift des Aufzunehmenden:

-----