

Name der Einrichtung:

Gewünschtes Einzugsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--

Das gewünschte Einzugsdatum stellt weder für den Antragsteller noch für die MÜNCHENSTIFT GmbH eine verbindliche Zusage dar.

für eine Einzelperson

Einbettzimmer Zweibettzimmer

- Wohnen mit Pflegeleistungen
 Wohnen in Hausgemeinschaften
(für demenziell Erkrankte)
 Wohnen in beschützender Pflege
(mit Unterbringungsbeschluss)

- Wohnen in gerontopsychiatrischen
Wohngruppen
 Wohnen im Wachkomabereich
 Wohnen im MS-Bereich

Hier bitte nicht ausfüllen!
Dieser Abschnitt wird von der
Einrichtung bei Einzug ausgefüllt.

Einzugstermin

Bereich

Zimmer-Nr.

Möblierung

Persönliche Angaben des Antragstellers

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Familienstand: _____

Konfession: _____

Früherer Beruf: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____

Seit wann ist dies Ihr Hauptwohnsitz? – Datum: _____

Bei einem Wohnungswechsel vor weniger als 2 Jahren, bitte hier die frühere Adresse angeben!

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Schwerbehindertenausweis: nein ja, _____ %

Kostform: Normalkost Diabetes Sonstiges: _____

Derzeitiger Aufenthalt: Krankenhaus Zuhause

Reha Sonstiges: _____

Angehörige / Bezugspersonen / Ansprechpartner

Name, Vorname:	
Verwandschaftsverhältnis:	
Straße/Hausnr.:	
PLZ/Wohnort:	
Telefon (privat):	Telefon (geschäftlich):

Name, Vorname:	
Verwandschaftsverhältnis:	
Straße/Hausnr.:	
PLZ/Wohnort:	
Telefon (privat):	Telefon (geschäftlich):

Gesetzlicher Betreuer bzw. Bevollmächtigter

Bitte Kopie des Betreuerausweises oder des Antrages auf Betreuungsverfahren beifügen.

Name, Vorname:	
Straße/Hausnr.:	
PLZ/Wohnort:	
Telefon (privat):	Telefon (geschäftlich):

Behandelnder Arzt

Name, Vorname:	
Straße/Hausnr.:	
PLZ/Wohnort:	
Telefon:	

Versicherungen

Bitte Bescheid der Pflegekasse oder Kopie des Antrages auf Pflegeleistungen beifügen.

Pflegekasse:	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat
Krankenkasse (falls abweichend):		
Versichertennummer:		
Einstufung beantragt:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am Wo?
Schnelleinstufung beantragt:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> PS I <input type="checkbox"/> PS II <input type="checkbox"/> PS III
Wird demnächst beantragt durch:		
Bescheid der Pflegekasse liegt vor:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Stufe:

Bevollmächtigter für finanzielle Angelegenheiten

Soweit jemand vom Antragsteller bevollmächtigt wurde – bitte Kopie einer Generalvollmacht oder Bankvollmacht beifügen.

Name, Vorname:	_____
Straße/Hausnr.:	_____
PLZ/Wohnort:	_____
Telefon (tags):	_____

Kostenübernahmeregelung

Bitte Kopie der Kostenübernahmeerklärung oder des Antrages auf Kostenübernahme beifügen.

Selbstzahler:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Beihilfeberechtigt:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Andere Kostenträger:	_____ _____				
Vorläufige Kostenübernahme – Bescheid des Trägers liegt vor:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja			
Datum/Aktenzeichen:	_____				

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die MÜNCHENSTIFT GmbH ist jederzeit berechtigt, die Richtigkeit der von mir/uns gemachten Angaben zu prüfen.

Die Angaben sind nur für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt.

Ich/Wir erkläre(n) mich/uns damit einverstanden, dass die MÜNCHENSTIFT GmbH für eigene Geschäftszwecke personenbezogene Daten nach den Vorschriften des dritten Abschnittes des Bundesdatenschutzgesetzes in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. seines gesetzlichen Vertreters

Zur Information

Bitte denken Sie an folgende Unterlagen:

- | | |
|---|--|
| ■ Diese Anmeldung (Original) | ■ Evtl. Schreiben über die bewilligte Pflegestufe für ambulante Pflege oder Schnelleinstufungsbescheid |
| ■ Aktuelle ärztliche Stellungnahme | |
| ■ Erklärung über Einkommens- und Vermögensverhältnisse | ■ Vorsorgevollmacht/Betreuerbeschluss (falls notwendig) |
| ■ Rentenbescheid oder Girokontoauszug (Kopie mit ersichtlichem Zahlungseingang) | ■ Richterlicher Unterbringungsbeschluss für das Wohnen im beschützenden Pflegebereich (bei Weglauftendenz, Selbst- oder Fremdgefährdung) |
| ■ Sonstige Belege zu Einkommens- und Vermögenswerten (Kopie) | |
| ■ Antrag auf Pflegeleistung (Pflegestufe) für vollstationäre Pflege (Kopie) | ■ Antrag auf Kostenübernahme (bitte Kopie oder Abgabebestätigung) bei geringer Rente und geringem Vermögen |

Wichtige Adressen:

- **Antrag auf Pflegeleistung (Pflegestufe)**
bei Kranken- bzw. Pflegekassen

- **Allgemeine Beratung**
Landeshauptstadt München
Sozialreferat, Amt für soziale Sicherung
Hilfen im Alter bei Pflege und Betreuung
Orleansplatz 11, 81667 München
Telefon: 089/233-4 83 51

- **Antrag und Beratung für Betreuung und richterlichen Unterbringungsbeschluss**
Vormundschaftsgericht
Linprunstraße 22, 80097 München
Telefon: 089/55 97-06

- **Antrag auf Kostenübernahme für Pflegeplatz**
Bezirk Oberbayern
Prinzregentenstraße 14, 80538 München
Telefon: 089/21 98 -24 04

Gemeinnützige Gesellschaft der Landeshauptstadt mbH

MÜNCHENSTIFT



MÜNCHENSTIFT GmbH Gemeinnützige Gesellschaft der Landeshauptstadt, wohnen und pflegen in der Stadt
Sitz der Gesellschaft: München, Registergericht: München, HRB 108081,
Aufsichtsratsvorsitzende: Bürgermeisterin Christine Strobl, Geschäftsführer: Gerd Peter