

Bundesstadt Bonn
 Amt für Soziales und Wohnen (50-231/50-232)
 Hans-Böckler-Straße 5
 53225 Bonn

Antrag auf Prüfung der Heimbedürftigkeit

Antrag gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. e) DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 2 SGB XII und §§ 13 Abs. 1, 65 SGB XII

Ich stelle diesen Antrag als <input type="checkbox"/> Angehörige oder Angehöriger <input type="checkbox"/> Antragsteller oder Antragstellerin für mich selbst <input type="checkbox"/> Betreuer oder Betreuerin <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Sonstige Kontaktperson

Angaben zur Person, für die der Antrag auf Heimbedürftigkeit gestellt wird

Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname	Name
Straße		Hausnummer
Postleitzahl	Ort	
Telefon		
Pflegegrad <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 <input type="checkbox"/> Kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> Pflegegrad ist beantragt	Krankenkasse/ Pflegekasse	
Geplante Einrichtung <input type="checkbox"/> Steht noch nicht fest. <input type="checkbox"/> Steht bereits fest.	Um welche Einrichtung handelt es sich?	
Geplantes Aufnahmedatum	Pflegeart <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	

Der derzeitige Aufenthaltsort weicht von der oben angegebenen Adresse ab

Derzeitiger Aufenthaltsort

Straße		Hausnummer	
Postleitzahl		Ort	
Ich beziehe Leistungen des Amtes für Soziales und Wohnen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Ich kann die künftigen Heimkosten selbst zahlen. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Zur Beantragung der Kostenübernahme werde ich mich mit dem Amt für Soziales und Wohnen in Verbindung setzen.

Angaben zur Person, die den Antrag stellt

Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname	Name
Straße		Hausnummer
Postleitzahl		Ort
Telefon (privat)		

Medizinische Informationen (bitte beifügen)

Überleitungsbogen Ärztliche Berichte MDK Gutachten

Besonderheiten
Persönliche Situation

Einverständniserklärung zur Datenweitergabe gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a) EU-DSGVO, Art. 7 EU-DSGVO und Art. 9 EU-DSGVO
Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine Daten, medizinische Unterlagen sowie MDK Gutachten zur Feststellung der Heimbedürftigkeit bzw. zur Feststellung der ambulanten Hilfen bei der Bundesstadt Bonn erfasst, elektronisch hinterlegt und verarbeitet werden. Ich bin des Weiteren darauf hingewiesen worden, dass ich diese Einwilligungserklärung, die auf meiner freien Entscheidung beruht, jederzeit schriftlich oder mündlich für die Zukunft widerrufen kann. In diesem Fall ist eine personenbezogene, strukturierte Hilfeplanung nicht mehr möglich.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------