

**Persönliche Angaben bei Heimeinzug**

Diese Selbstauskunft dient der Erfassung der persönlichen Daten zur elektronischen Datenverwaltung durch das Heimverwaltungssystem und zur Erstellung der Heimkostenabrechnung.

<b>Name:</b>	
<b>Vorname(n):</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Geburtsort: Geburtsort:</b>	
<b>bisheriger Wohnort:</b>	

<b>Familienstand:</b>		<b>Konfession:</b>		<b>Staatsangeh.:</b>	
-----------------------	--	--------------------	--	----------------------	--

<b>Ausweispapiere</b>	in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----------------------	--

<b>Personalausweis</b>	<b>Nr.:</b>	
<b>Reisepass</b>	<b>Nr.:</b>	

<b>Kontaktperson:</b>	für Benachrichtungen durch die Pflegeeinrichtung	
<b>Name:</b>		
<b>Anschrift:</b>		
<b>Tel-Nr.:</b>		
<b>Bezug:</b>	<input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/>

<b>Weitere Bezugspersonen:</b>		
<b>Name:</b>		
<b>Anschrift:</b>		
<b>Tel-Nr.:</b>		
<b>Bezug:</b>	<input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/>

<b>Name:</b>		
<b>Anschrift:</b>		
<b>Tel-Nr.:</b>		
<b>Bezug:</b>	<input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/>

<b>Name:</b>		
<b>Anschrift:</b>		
<b>Tel-Nr.:</b>		
<b>Bezug:</b>	<input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/>

<b>Name:</b>		
<b>Anschrift:</b>		
<b>Tel-Nr.:</b>		
<b>Bezug:</b>	<input type="checkbox"/> Sohn	<input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/>

**VERSICHERUNGEN:**

<b>Krankenversicherung</b>	Anschrift:
	Mitglieds-Nr.:

<b>Pflegeversicherung</b>	Anschrift:
	Mitglieds-Nr.:
	Pflegestufenbescheid vom: <span style="float: right;">Stufe: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/></span> in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Beihilfeversicherung</b>	Anschrift:
	Mitglieds-Nr.:

<b>Haftpflichtversicherung</b>	Anschrift:
	Mitglieds-Nr.:

**EINKÜNFTE:**

<b>gesetzliche Rentenversicherung</b>	Anschrift:
	Rentenversicherungs-Nr.:
	Rentenbescheid vom: <span style="float: right;">in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>

<b>Versorgungsrente</b>	Anschrift:
	Rentenversicherungs-Nr.:
	Rentenbescheid vom: <span style="float: right;">in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>

<b>betriebliche Rentenversicherung</b>	Anschrift:
	Rentenversicherungs-Nr.:
	Rentenbescheid vom: <span style="float: right;">in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>

<b>Sonstige:</b> <input type="checkbox"/> Berufs-/Erwerbsunfähigkeits. <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="checkbox"/> Waisenrente <input type="checkbox"/> Beamtenansprüche	Anschrift:
	Rentenversicherungs-Nr.:
	Rentenbescheid vom: <span style="float: right;">in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>

<b>Kindererziehungsleistungen</b>	<input type="checkbox"/> ja, inbegriffen in Rentenbescheid .....
	in Höhe von EUR .....
	in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**WEITERE EINKÜNFTE**

<input type="checkbox"/> Miet-/Pacht-/Zinseinnahmen	EUR .....
<input type="checkbox"/> Unterhaltsleistungen	EUR .....
<input type="checkbox"/> Versicherungsleistungen	EUR .....
<input type="checkbox"/> .....	EUR .....

**LEISTUNGEN NACH DEM BUNDESSOZIALHILFEGESETZ**

<b>zuständiger Sozialhilfeträger</b>	Anschrift:
	Antrag gestellt: <input type="checkbox"/> ja am: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> nein</span>
	Bescheid vom: <span style="float: right;">in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>

**BETREUUNG:**

<b>Name:</b>	
<b>Anschrift:</b>	
<b>Tel-Nr.:</b>	

<b>Bestellung:</b>	Anschrift:
	Betreuerausweis vom _____ in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**ÄRZTLICHE BETREUUNG:**

<b>Name:</b>	
<b>Fachrichtung:</b>	
<b>Anschrift:</b>	
<b>Tel-Nr.:</b>	

<b>Name:</b>	
<b>Fachrichtung:</b>	
<b>Anschrift:</b>	
<b>Tel-Nr.:</b>	

**ANGABEN ZU BEFREIUNGEN:**

<b>Arzneimittelfreiung:</b>	von:	bis:	in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Rundfunkgebühren- befreiung</b>	von:	bis:	in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Telefongebührenbefreiung</b>	von:	bis:	in Kopie beiliegend: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**ANGABEN ZUR BESTATTUNGSVORSORGE:**

<b>Bestattungsvorsorge:</b>	Institut:
	Vorsorge-Nr.:

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe und die Mitteilung Ihrer persönlichen Angaben. Ihre personenbezogenen Daten werden selbstverständlich vertraulich und nach den gesetzlichen Anforderungen des Datenschutzes behandelt.

Die Erfassung dieser Angaben dient ausschließlich der Gewährleistung Ihrer Betreuung in unserem Haus. Durch Ihre Angaben haben Sie uns bei der Erfassung und Eingabe in den Computer sehr unterstützt.

Nochmals herzlichen Dank

**Ihre Verwaltung  
Pater-Rupert-Mayer-Heim  
Bad Tölz**