

Seniorenheim der Gemeinde Wals-Siezenheim
Jakob-Lechner-Weg 16
5071 Wals- Siezenheim
Telefon: 0662-85 32 90 Fax: DW 38
E-Mail: seniorenheim@wals-siezenheim.at
<http://www.seniorenheim-wals-siezenheim.at>

Anmeldung Seniorenheim Wals-Siezenheim

Sehr geehrte Damen und Herren, geschätzte Angehörige!
Um bestens auf Sie vorbereitet zu sein, ersuchen wir nachfolgend geforderte Angaben vollständig und genau auszufüllen.

Antragsteller:

Familienname/Titel: _____ Vorname: _____

Versicherungsnummer: _____ geboren am: _____

Geburtsort: _____ Geburtsname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____ Nationalität: _____

Familienstand: verheiratet geschieden verwitwet ledig Lebensgemeinschaft

Hausarzt: _____ Arztbrief vorhanden: JA NEIN

Rezeptgebührenbefreit: JA NEIN wenn ja, seit wann: _____

Erwachsenenschutzrecht:

Besteht eine Vertretung: JA NEIN

- Vorsorgevollmacht gewählte Erwachsenenvertretung
 gesetzliche Erwachsenenvertretung gerichtliche Erwachsenenvertretung

Name des Vertretungsbefugten: _____

Gibt es eine Patientenverfügung

JA NEIN

Religionsbekenntnis:

Römisch-Katholisch Evangelisch ohne Bekenntnis Andere _____

Krankenversichert bei:

- (ÖGK-S) Österreichische Gesundheitskasse Salzburg oder anders Bundesland
- (BVAEB) Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
- (SVS) Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen oder Bauern
- Andere _____

Bezug einer Eigen- und/oder Witwenpension:

- JA NEIN

Auszahlende Stellen:

- (PVA) Pensionsversicherungsanstalt
- (BVAEB) Pensionservice
- (SVS) Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen oder Bauern
- Andere _____

Beziehen sie eine Zusatzpension: JA NEIN

Auszahlende Stelle: _____

Pflegegeld:

- JA NEIN

Datum Pflegegeldbescheid: _____ Pflegestufe: _____

Auszahlende Stelle: _____

- (PVA) Pensionsversicherungsanstalt
- (BVAEB) Pensionservice
- (SVS) Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen oder Bauern
- Andere _____

Vertrauenspersonen:

Da wir der Verschwiegenheit verpflichtet sind, geben Sie zumindest eine Vertrauensperson bekannt der wir Auskunft erteilen dürfen. Bitte geben Sie der Vertrauensperson eine mündliche oder schriftliche Vollmacht.

1. Vertrauensperson

- Ehegattin/Ehegatte LebenspartnerIn
- Tochter Sohn Enkel/Enkelin Nefte/Nichte Bruder/Schwester Schwager/Schwägerin
- sonstige _____ mündliche Vollmacht schriftliche Vollmacht

Familienname/Titel: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Mobiltelefon: _____

Dieser Person darf Auskunft erteilt werden über:

- Medizinische Fragen Finanzielle Angelegenheiten Alles

2. Vertrauensperson

- Ehegattin/Ehegatte LebenspartnerIn
- Tochter Sohn Enkel/Enkelin Nefte/Nichte Bruder/Schwester Schwager/Schwägerin
- sonstige _____ mündliche Vollmacht schriftliche Vollmacht

Familienname/Titel: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Mobiltelefon: _____

Dieser Person darf Auskunft erteilt werden über:

- Medizinische Fragen Finanzielle Angelegenheiten Alles

Öffentlichkeitsarbeit:

Ich bin damit einverstanden, dass Bilder von Veranstaltungen, auf denen ich zu erkennen bin, für hauseigene Zwecke veröffentlicht werden dürfen.

JA NEIN

Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass ich als Antragsteller aufgrund dieses Anmeldeformulars noch keinen Anspruch auf einen Seniorenheimplatz habe. Eine Zuteilung kann erst erfolgen, wenn Sie auf der Dringlichkeitsliste gemeldet sind. Die Zuteilung erfolgt nach verschiedenen Kriterien mit Einbezug des Hausarztes.
Bitte geben Sie bekannt, wenn „Dringlichkeit“ besteht!

Wals, am _____

Dringlichkeit JA NEIN

Ausdrückliche Einwilligung:

Ich stimme zu, dass die von mir angegebenen Daten im Formular „Anmeldung Seniorenheim Wals-Siezenheim im vollen Umfang vom Seniorenheim Wals-Siezenheim verarbeitet werden dürfen.

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft über die Daten, Berichtigung und Löschung der Daten sowie das Recht Ihre gegebene Einwilligung jederzeit per E-Mail: seniorenheim@wals-siezenheim.at oder persönlich: Seniorenheim Wals-Siezenheim, Jakob Lechner Weg 16, 5071 Wals bei der Heimleitung zu widerrufen.

Hausleitung:

Herr Reinhard Ebner

Tel.: 0662 853290

Mail: seniorenheim@wals-siezenheim.at

_____ für die Richtigkeit der Angaben
und **ausdrückliche Einwilligung**

_____ für den Bürgermeister:
die Heimleitung

Vom Seniorenheim auszufüllen:

Information über Formalitäten für den Heimeinzug mitgegeben: JA NEIN

Information Antrag für Sozialhilfeantrag mitgegeben: JA NEIN

Die Aufnahme der Dringlichkeit bekanntgegeben am: _____