

# Interessen-Bekundungs-Formular (IBF)

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Bitte teilen Sie uns Ihre persönlichen Daten mit und ggf. die Ihres Partner/in.

|                     | 1a) Antragsteller/in                                  | 1b) Partner/in  |
|---------------------|---|---|
| Anrede              | <input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr | <input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr |
| Vorname             | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>                                  |
| Name                | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>                                  |
| Straße, Hausnr.     | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>                                  |
| Adresszusatz        | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>                                  |
| PLZ, Ort            | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>                                  |
| Telefon             | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>                                  |
| E-Mail              | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>                                  |
| Geburtsname         | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>                                  |
| Geburtsdatum        | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>                                  |
| Geburtsort          | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>                                  |
| Familienstand       | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>                                  |
| Staatsangehörigkeit | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>                                  |
| Religion            | <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>                                  |
| DRK-Mitglied        | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein   |

## 2) Rechnungsanschrift

*nur auszufüllen, wenn abweichend von Adresse Antragsteller/in*

|                 |                      |          |                      |
|-----------------|----------------------|----------|----------------------|
| Vorname         | <input type="text"/> | Name     | <input type="text"/> |
| Straße, Hausnr. | <input type="text"/> | PLZ, Ort | <input type="text"/> |
| Adresszusatz    | <input type="text"/> | Telefon  | <input type="text"/> |
| E-Mail          | <input type="text"/> |          |                      |

Bitte teilen Sie uns Ihren Pflegegrad und Betreuung mit.

---

### 3) Pflegegrad

aktuelle Pflegestufe/Grad

Krankenkasse

Hausarzt

Versicherungsnummer

---

### 4a) Betreuer und/oder Bevollmächtigter

Frau     Herr

Vorname

Name

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Adresszusatz

Telefon

Art der Vollmacht

E-Mail

### 4b) Angehöriger oder Vertrauensperson

*nur auszufüllen, wenn zutreffend*

Frau     Herr

Vorname

Name

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Adresszusatz

Telefon

---

## FINANZEN

Bitte teilen Sie uns die Art und Höhe Ihres Einkommens mit.

Art des Einkommens

*z. B. Rente, Witwenrente, Sozialhilfe*

Höhe des Einkommens

*Euro*

---

# DIENSTLEISTUNGEN

An welcher Dienstleistung haben Sie Interesse?

**Hausnotruf** ab: .....

**Ambulante Pflege** ab: .....

Hauswirtschaft

Ambulante Betreuung

**Vollstationäre Pflege** ab: .....

Unterbringung:

Altenpflegeheim Hannostraße

Altenpflege- u. Betreuungs-  
zentrum Tiefer Weg

Zimmerbelegung:

Einzelzimmer

Doppelzimmer

**Kurzzeitpflege** im Zeitraum: .....

**Tagespflege** ab: .....

gewünschte Wochentage bitte ankreuzen:

Mo

Di

Mi

Do

Fr

Sa

So

**Altersgerechtes Wohnen** ab: .....

Wohnanlage/Quartier:

Tiefer Weg

Am Blankenburger Tor/LebensPUNKT

**Wohngemeinschaft** ab: .....

**Essen auf Rädern** ab: .....

gewünschte Wochentage bitte ankreuzen:

Mo

Di

Mi

Do

Fr

Sa

So

**Kurs für pflegende Angehörige**

Einzelkurs zu Hause

Gemeinschaftskurs

**Pflegeberatung**

Beratungsgespräch  
gem. SGB XI

Beratungs- und Unterstützungsleistungen  
im Pflege- und Sozialbereich

---

## EMPFEHLUNG

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Zeitung
- TV
- Soziale Netzwerke
- Sozialdienst
- Wegweiser für Senioren
- persönliche Empfehlung
- sonstiges:

---

## EHRENAMTLICHE UNTERSTÜTZUNG

In welchem Umfang könnten Sie sich ehrenamtlich betätigen? Wie könnten Sie uns unterstützen?

Antragsteller 1:

Ort, Datum

Unterschrift

Angehörige/Freunde:

Ort, Datum

Unterschrift