

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