



HEIMANTRAG

Altenwohnheim

Haus ALBERTINI

Pflegeheim

Haus MARIENHEIM

Haus PEINTEN

Haus GMÜND

Haus ST. LAURENTIUS

Haus STEINFELD

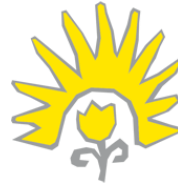
FAMILIENNAME:	VORNAME:
SV-NUMMER:	GEBURTSDATUM:
FAMILIENSTAND:	STAATSBÜRGERSCHAFT:
DERZEITIGE PFLEGESTUFE:	PFLEGEgeldANTRAG GESTELLT AM:
ERHÖHUNG BEANTRAGT AM:	

HAUPTWOHNSITZ:
POSTLEITZAHL/ORT:
STRASSE/HAUSNUMMER:
DERZEITIGER AUFENTHALTSORT (z.B. Krankenhaus, Familie, sonstiges):
TELEFONNUMMER ANTRAGSTELLER/IN:

IHRE ANSPRECHPARTNER BEIM LAND KÄRNTEN

Sachbearbeiterin: Frau Graßler

Telefon: +43 505 3615425



SOZIALHILFEVERBAND
SPITTAL/DRAU

NÄCHSTE/R ANGEHÖRIGE/R

NAME:

TELEFONNUMMER:

E-MAIL ADRESSE:

ANSPRECHPARTNER/-IN FÜR KONTAKTAUFNAHME:

ANTRAGSTELLER SELBST: JA NEIN

VERTRAUENSPERSON/ANGEHÖRIGE/R: JA NEIN

ANDERE PERSONEN: JA NEIN NAME:

ART DER VERTRETUNG (Z.B. VOLLMACHTNEHMER, GEWÄHLTER/GESETZLICHER/EINSTWEILIGER UND ODER RICHTLICHER ERWACHSENENVERTRETER):

NAME:

ANSCHRIFT:

TELEFONNUMMER:

GRUND DER ANTRAGSTELLUNG:

BEILAGEN: (Z.B. DIAGNOSEN, ÄRZTLICHES ATTEST , DEMENZBESCHEINIGUNG):

Datum

(UNTERSCHRIFT Pflegling / Vertreter)

Die erhaltenen Daten werden elektronisch erfasst und bis auf Widerruf bei uns gespeichert.