

Köln, den

Anfrage, Beratung: ☐ tel. ☐ pers.

Gewünschter Aufnahmetermin:

Datum der Aufnahme:



# Clarenbachstift

Gemeinnütziges Sozialwerk der  
Evangelischen Clarenbach-Kirchengemeinde  
Köln-Braunsfeld GmbH

## – Anmeldung zur Kurzzeitpflege –

☐ akut ☐ vorsorglich

### Persönliche Daten

Name, Vorname:

Geburtsname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Konfession:

Nationalität:

Familienstand:

Datum der Eheschließung:

Ort der Eheschließung:

Beruf (erlernter):

Beruf (Ehepartner):

Name, Vorname (Ehepartner):

Ehepartner verstorben:

Datum:

### Angehörige

A)

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Verwandtschaftsgrad:

Telefon:

E-Mail:

B)

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Verwandtschaftsgrad:

Telefon:

E-Mail:

C)

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Verwandtschaftsgrad:

Telefon:

E-Mail:

## Krankenversicherung / Pflegekasse

|                                                                                        |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Name:                                                                                  | Pflegegrad:                  |
| Straße, Hausnummer:                                                                    | Mitglieds-Nr.:               |
| Sind Sie beihilfeberechtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Falls ja, in welcher Höhe? % |

## Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)

|                                              |                                 |
|----------------------------------------------|---------------------------------|
| Art des Einkommens (Rente und/oder Pension): |                                 |
| zahlende Stelle:                             |                                 |
| Rentenbescheid-Nr.:                          | Höhe des mtl. Gesamteinkommens: |

(Bitte Kopie/n der letzten Rentenanpassungsmitteilung/en etc. beifügen.)

## Die Kosten werden aufgebracht durch das oben aufgeführte Einkommen sowie durch:

|                                                                                                             |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Zuzahlung aus Vermögen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                           | Falls ja, in welcher Höhe? |
| Antrag auf Sozialhilfe muss noch gestellt werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Zuständiges Sozialamt:     |
| Antrag auf Sozialhilfe wurde gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein            | Datum:                     |

## Bevollmächtigte/r, Betreuer/in

|                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| Name, Vorname:      |                      |
| Straße, Hausnummer: |                      |
| PLZ, Ort:           | Verwandtschaftsgrad: |
| Telefon:            | E-Mail:              |

(Bitte Kopie/n der Vollmacht und/oder der amtlichen Betreuung beifügen.)

|              |
|--------------|
| Bemerkungen: |
|              |

|             |                                |
|-------------|--------------------------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift Antragsteller/in: |
|-------------|--------------------------------|