

72218 Wildberg, Am Spießtor 14

Tel.: 07054 / 9298-0, Fax: 9298-199

72218 Wildberg-Effringen, Fliederweg 3

Tel.: 07054 /93226-0, Fax: 93226-199

72224 Ebhausen, Wetzelsweg 1

Tel.: 07458-511984-0, Fax: 2179942

75387 Neubulach, Untere Torstraße 4

Tel.: 07053-39377-0, Fax: 39377-99



www.Pflegeheim-Wildberg.de

e-mail: pflgestift-neubulach@pflegeheim-wildberg.de

Kostenverpflichtungserklärung

1. Herr / Frau

Familienname

Vorname/n

wohnhaft

PLZ

Hauptwohnsitz / Ort

Straße

hat am seine / ihre Aufnahme in die:

- Dauerpflege (vollstationäre Pflege) in Wildberg Effringen Ebhausen Neubulach
 Kurzzeitpflege in Wildberg Effringen Ebhausen Neubulach
 Tagespflege in Wildberg

beantragt und **erklärt hiermit:**

- Ich bezahle meine Heimkosten selbst aus meinem Einkommen bzw. Vermögen.
 Meine eigenen Mittel reichen zur Bezahlung der Heimkosten nicht aus.

Einen Antrag auf Kostenübernahme habe ich am

beim zuständigen Sozialamt gestellt.

Einen Antrag auf

- Dauerpflege: vollstationäre Pflegeleistungen gem. § 43 SGB XI
 Kurzzeitpflege: Kurzzeitpflegeleistungen gem. § 42 SGB XI
 Tagespflege: Tagespflegeleistungen gem. § 41 SGB XI

- habe ich am bei meiner Pflegekasse gestellt.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift

- bitte wenden -

2. Wenn für den / die oben genannte Antragsteller/in ein Betreuer / Bevollmächtigter bestellt ist, wird um nachstehende Bestätigung gebeten:

Ich (Name)

Adresse

bin vom Vormundschaftsgericht in

durch Vollmacht vom für oben genannte Person zum

Bevollmächtigten

Betreuer

für folgende Bereiche

.....

bestellt worden und gebe diese Regelung für den / die Antragsteller/in ab bzw. erkläre, dass ich der Regelung zustimme.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift

3. Wenn Antrag auf Kostenübernahme beim zuständigen Sozialamt gestellt wurde, wird um nachstehende Bestätigung gebeten:

Kreissozialamt: AZ:

Umseitig genannte Person hat uns von seinem / ihrem beabsichtigten Umzug in das Alten- und Pflegeheim Wildberg unterrichtet.

Es wird bestätigt, dass er / sie am einen **Antrag auf Übernahme der Heimkosten** bei uns als örtlich zuständigem Sozialamt eingereicht hat.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift Kreissozialamt