

Bitte zurücksenden an:

Bezirk Oberfranken  
Sozialverwaltung  
Postfach 10 11 52  
95411 Bayreuth

### Angaben zur Einrichtung

Name	
Telefon	
Fax	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

### Bedarfsmitteilung

Aufnahmedatum	
---------------	--

### Persönliche Angaben der nachfragenden Person

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum/-ort	

### Wohnadresse vor Heimaufnahme

Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	

### Weitere Informationen

Aufnahmeart	Kurzzeitpflege Verhinderungspflege Vollstationären Pflege		
Aufnahmezeitraum von		bis	
Unterkunftsart	Doppelzimmer Einzelzimmer		
Die Aufnahme erfolgte im Bereich für Rüstige (Die Feststellung des Pflegegrades wurde beantragt. Das MDK-Gutachten wird nachgereicht.) Die Aufnahme erfolgte im beschützenden Bereich. (Der gerichtliche Unterbringungsbeschluss ist beigelegt.)			
Endgültige Einordnung der Pflegekasse	liegt bei. wird nachgereicht.		

**Persönliche Angaben zum Ansprechpartner/Betreuer/Bevollmächtigter für den  
Heimbewohner/die Heimbewohnerin**

Vor- und Nachname	
Telefon	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	

**Heimkosten**

wurden im vollem Umfang bezahlt bis

sind ungedeckt seit

wurden anteilig beglichen seit  in Höhe von

Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragsteller