

## Zusatzfragebogen bei Hilfen innerhalb von Einrichtungen

Die Heimaufnahme erfolgt:  teilstationär,  vollstationär  als Kurzzeitunterbringung

ab: \_\_\_\_\_

Name, ggf. Geburtsname		
Vorname/n (Rufname/n unterstreichen) und Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Besteht ein Betreuungsverhältnis bzw. eine Vormundschaft? (Ggf. Kopie des Betreuerausweises; Gerichtsbeschlusses beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> eingeleitet am: _____ <input type="checkbox"/> Folgender Betreuer (mit Anschrift) wurde bestellt: _____ _____ _____ Bestellung erfolgte durch Amtsgericht: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> eingeleitet am: _____ <input type="checkbox"/> Folgender Betreuer (mit Anschrift) wurde bestellt: _____ _____ _____ Bestellung erfolgte durch Amtsgericht: _____
Bestehen Ansprüche nach dem BVG oder analog anzuwendenden Gesetzen (z.B. Soldatenversorgungs-, Zivildienst-, Häftlingshilfe-, Bundesseuchen-, Opferentschädigungsgesetz? (Kopie des Bescheides beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> als Beschädigte/r <input type="checkbox"/> Hinterbliebene/r (Witwe/r, Waise, Eltern)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> als Beschädigte/r <input type="checkbox"/> Hinterbliebene/r (Witwe/r, Waise, Eltern)
Hat ein/e Familienangehörige/r (Eltern, sonstige/r Angehörige/r in häuslicher Gemeinschaft) Ansprüche als Beschädigte/r nach den genannten Gesetzen? (Ggf. Kopie des Bescheides beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____
Wurden Leistungen für stationäre Pflege beantragt? (Ggf. Kopie des Bewilligungsbescheides der Pflegekasse beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____ bei _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, am _____ bei _____ _____