

# Anmeldung



Für Ihr Wohl  
setzen wir uns ein

**Haus Adam Ries**

Wohngebiet Adam Ries 23  
09456 Annaberg-Buchholz

**Haus Louise Otto-Peters**

Louise-Otto-Peters-Str. 13/5  
09456 Annaberg-Buchholz, OT Frohnau

**Betreutes Wohnen**

- Louise-Otto-Peters-Str. 7/9**  
09456 Annaberg-Buchholz, OT Frohnau
- Wohngebiet Adam Ries 19**  
09456 Annaberg-Buchholz

**Tagespflege**

- im Wohnpark Louise-Otto-Peters**  
Louise-Otto-Peters-Str. 9  
09456 Annaberg-Buchholz, OT Frohnau
- im Münzviertel (Innenstadt)**  
Johannissgasse 9  
09456 Annaberg-Buchholz
- Zur alten Schule**  
Dorfstr. 36  
09456 Mildenau

**Betreutes Wohnen mit umfassender Hilfe und Unterstützung**

- Louise-Otto-Peters-Str. 9**  
09456 Annaberg-Buchholz, OT Frohnau
- im Münzviertel (Innenstadt)**  
Johannissgasse 7  
09456 Annaberg-Buchholz

**(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

**Kontakt & Information:** WPA Kundenbüro, Wohngebiet Adam Ries 23 in 09456 Annaberg-Buchholz  
**Telefon:** 03733 135130 **Fax:** 03733 135-951 **E-Mail:** kundenbuero@wpa-anna.de

Vor- und Zuname			geborene
Adresse	Straße/PLZ/Ort		
			Telefon
Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus, Kurzzeitpflege oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)	Straße/PLZ/Ort		
			Telefon
	Datum	Ort	Familienstand
Geburtsdatum/-ort	Staatsangehörigkeit		Konfession

Angehörige	1)	<b>Name</b>		
		Straße		
		PLZ/Ort	Telefon	
		E-Mail	Handy	
		wie verwandt	Fax	
	2)	<b>Name</b>		
		Straße		
		PLZ/Ort	Telefon	
		E-Mail	Handy	
		wie verwandt	Fax	
	3)	<b>Name</b>		
		Straße		
		PLZ/Ort	Telefon	
		E-Mail	Handy	
		wie verwandt	Fax	

# Anmeldung

Vorsorgevollmacht oder Betreuung vorhanden?	Name: _____ Vorname: _____	
	Name: _____ Vorname: _____	
	Name: _____ Vorname: _____	
	<input type="checkbox"/> richterlich bestellter Betreuer (nur nach Betreuungsrecht) <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> notariell (zutreffendes bitte ankreuzen) <b>Kopie von Vollmacht oder Betreuerurkunde beifügen</b>	
Hausarzt	Name	Telefon
	Straße	Fax
	PLZ/Ort:	E-Mail
Krankenkasse	Name der Kasse: .....	Pflegegrad (bitte ankreuzen) 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	Versicherungsnummer: .....	seit wann: ..... <input type="checkbox"/> es besteht kein Pflegegrad
Gewünschte Unterbringung (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer	voraussichtlicher Termin zum Einzug:
Kostenträger		
Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig? (bitte ankreuzen)	Kommunaler Sozialverband Sachsen	<input type="checkbox"/>
	Kommunaler Sozialverband Reg. Chemnitz, Opferentsch.	<input type="checkbox"/>
	Referat Soziale Hilfen Erzgebirgskreis	<input type="checkbox"/>
Hinweise, Ergänzungen		
Der telefonische und persönliche Kontakt erfolgt über:	Name: _____ Vorname: _____	
	Sind Grüße an den Interessenten erwünscht?    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (Wir senden Ihnen gern, um in Kontakt zu bleiben (z.B. zu Weihnachten), einen kleinen Gruß des Hauses zu.)	
Ort	Unterschrift des Antragstellers	wenn nicht Personengleichheit Unterschrift des Aufzunehmenden
Datum		