

Rieplstraße 1 und Riedholzstraße 17
4910 Ried im Innkreis

Tel: (+43 7752) 83586-301
Fax: (+43 7752) 83580-44
E-Mail: ph-ried.post@shvri.at
www.shvri.at

ANTRAG – TAGESPFLEGE

Familienname: Geburtsname:
Vorname: Religion:
Geboren am: Geburtsort:
Familienstand:
Wohnanschrift:
Bankinstitut:
IBAN: BIC:

	1. Ansprechpartner	2. Ansprechpartner	3. Ansprechpartner
Name			
Straße			
PLZ, Ort			
Telefon			

BEI ERWACHSENENVERTRETUNG BITTE BESCHIED VORLEGEN!

Hausarzt:
Zahnarzt:
Optiker/Akustiker:
Krankenkasse: Vers.Nr.:
Rezeptgebührenfrei Rezeptgebührenpflichtig
Pflegegeld..... Erhöhung Beantragt Ja Nein
Stufe Auszahlende Stelle

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragsteller bzw.
seines gesetzlichen Vertreters

Rieplstraße 1 und Riedholzstraße 17
4910 Ried im Innkreis

Tel: (+43 7752) 83586-301
Fax: (+43 7752) 83580-44
E-Mail: ph-ried.post@shvri.at
www.shvri.at

VOLLMACHT

Vertretung des/der Heimbewohners/in

Der/Die Heimbewohner/in

Vorname: Familienname: geboren am:

derzeit wohnhaft in: PLZ: Ort:

Straße / Nr.:

Telefon: E-Mail:

erteilt hiermit

Vorname: Familienname: geboren am:

wohnhaft in: PLZ: Ort:

Straße / Nr.:

Telefon: E-Mail:

die generelle Vollmacht zu seiner/ihrer Vertretung.

Ried im Innkreis, am:

.....
Unterschrift Heimbewohner/in

.....
Unterschrift des/der
gewillkürten Vertreters/in

Rieplstraße 1 und Riedholzstraße 17
4910 Ried im Innkreis

Tel: (+43 7752) 83586-301
Fax: (+43 7752) 83580-44
E-Mail: ph-ried.post@shvri.at
www.shvri.at

ZUR AUFNAHME BITTE MITBRINGEN

- aktueller Pensions- und/oder Pflegegeldbescheid
- Geburtsurkunde
- IBAN und BIC (Bankverbindung)
- 1 Garnitur Oberkleidung
- 1 Garnitur Unterwäsche
- Hausschuhe
- ev. Gehhilfen bzw. Rollstuhl
- ev. Hörgerät
- Brille, etc.
- ärztliches Attest
- Diagnoseblatt vom Hausarzt