

Caritas-Alten- und Pflegeheim St. Marien

Frankenstraße 7, 95346 Stadtsteinach

Träger: Caritasverband für die Erzdiözese Bamberg e.V.

Bearbeiter: Elisabeth Baumgärtner
Telefon-Nr.: 09225 980 111
Telefax: 09225 980 205
E-Mail: ebaumgaertner.ah.san
@caritas-bamberg.de
www:altenheim-stadtsteinach.de

Ihr Zeichen

Ihr Schreiben vom

Unser Zeichen

Diktatzeichen

Datum

20.02.2017

Anfrage nach einem Heimplatz

Anlage: Anmeldebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, dass Sie sich für unser Haus interessieren.

Das Caritas Alten- und Pflegeheim St. Marien wurde im Jahr 1997 fertig gestellt. Unser Haus verfügt insgesamt über 74 Plätze, inklusive eingestreuter Kurzzeitpflege. Die Plätze sind auf 50 Einzelzimmer und 12 Zweibettzimmer verteilt. Etwa die Hälfte der Einzelzimmer verfügt über eine eigene Nasszelle; bei den anderen Einzelzimmern teilen sich jeweils zwei Bewohner eine Nasszelle.

Die Bewohner des Altenheimes haben freie Arztwahl. Medikamente werden direkt von der ortsansässigen Apotheke in unser Haus geliefert. Friseur, Krankengymnastik, Massage, Fußpflege, etc. werden auf Wunsch bestellt oder vermittelt.

Die Bewohner können an den wöchentlichen katholischen und evangelischen Gottesdiensten in der hauseigenen Kapelle teilnehmen. Sonn- und feiertags erfolgt eine Übertragung der Messe im Fernsehen.

Im Haus bieten wir unter anderem Kraft und Balancetraining, verschiedene Gymnastikgruppen, Singkreis, Werkgruppen und Gedächtnistraining an. Speziell für Bewohner mit seniler Demenz werden weitere Angebote durchgeführt.

Im Anhang finden Sie einen Anmeldebogen für unser Alten- und Pflegeheim. Bei Interesse füllen Sie diesen bitte aus und geben ihn in der Verwaltung ab. Teilen Sie uns bitte mindestens zwei Telefonnummern mit, unter denen wir Sie oder eine andere Ansprechperson erreichen können. Sobald die Anmeldung vorliegt, werden wir uns um einen Heimplatz bemühen und Sie umgehend benachrichtigen, wann der Einzug möglich wird.

Die Vormerkung ist unverbindlich, Sie können jederzeit davon Abstand nehmen. Benachrichtigen Sie uns jedoch bitte, wenn Ihrerseits kein Platz mehr benötigt wird, damit wir jemanden anderen berücksichtigen können. Vielen Dank im Voraus.

Gerne beantworten wir weitere Fragen zur Anmeldung!
Wir sind montags bis freitags von 8.00 bis 16.00 Uhr für Sie da.

Anbei erhalten Sie ebenfalls unsere Monatssätze für die Regelleistungen.
Ab 01.01.2017 berechnen wir für die Pflege, Unterkunft, Verpflegung sowie Investitionskosten:

Pflege-stufe	Monatlicher Gesamtbetrag bei 30,42 Tagen	monatliche Zuzahlung Pflegekasse	Eigenanteil bei 30,42 Tagen
Rüstig	1.335,75 EURO	0 EURO	1.335,75 EURO
Pflegegrad 1	1.978,49 EURO	bis 125,00 EURO	1.853,49 EURO
Pflegegrad 2	2.638,09 EURO	bis 770,00 EURO	1.868,09 EURO
Pflegegrad 3	3.130,09 EURO	bis 1.262,00 EURO	1.868,09 EURO
Pflegegrad 4	3.643,09 EURO	bis 1.775,00 EURO	1.868,09 EURO
Pflegegrad 5	3.873,09 EURO	bis 2.005,00 EURO	1.868,09 EURO

Die genannten Pflegesätze gelten für ein Doppelzimmer.

Zusätzlich berechnen wir

für ein Einzelzimmer mit eigener Nasszelle: € 5,27 pro Tag/ € 160,31 pro Monat,

für ein Einzelzimmer mit geteilter Nasszelle: € 2,61 pro Tag/ € 79,40 pro Monat.

* geteilte Nasszelle bedeutet, zwei Bewohner teilen sich eine Nasszelle.

Der Pflegesatz für **Kurzzeitpflege** richtet sich nach dem jeweiligen Pflegegrad

Der Eigenanteil beträgt € 27,74 pro Tag (Unterkunft/Verpflegung 22,29 €, Investitionskosten 5,45 €).

Bei gewünschter Unterbringung im Einzelzimmer berechnen wir den entsprechenden Zuschlag.

Falls Sie unser Haus näher kennen lernen möchten, sind Sie zu einer Besichtigung herzlich willkommen. Wir bitten in diesem Fall nur um eine vorherige Terminabsprache, damit wir auch Zeit für Sie haben.

Mit freundlichen Grüßen

E. Baumgärtner
Verwaltung

Personalbogen
Aufnahmeantrag

Caritas-Alten- und Pflegeheim
St. Marien
Frankenstraße 7
95346 Stadtsteinach
Telefon: 09225/980-0

Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

1. **Zuname:** (Familienname, bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)

2. **Vorname(n):** (Rufname bitte unterstreichen)

3. **Wohnung:** (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)

(Postleitzahl)(Wohnsitz, Gemeinde)

(Straße und Hausnummer)

4. **Geburtsdaten:** (Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land / Staat angeben)

am: _____ in: _____

5. **Familienstand:** _____ Konfession: _____

6. **Staatsangehörigkeit:** _____

7. **Angehörige:** (Name, Verwandtschaftsgrad, Adresse, **Tel.-Nr.**)

(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)

8. **Betreuer:** _____

(Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht beilegen)

(Vor- und Zuname)

(Straße und Hausnummer)

9. **Pflegekasse:** _____

10. **Pflegegrad:** ja nein **Welcher?** _____ **Eingeschränkte Alltagskompetenz:** ja nein

11. **Versicherungsverhältnis:** (gesetzlich / privat) _____

12. **Zuzahlungsbefreit:** ja nein

13. Name des Hausarztes: Dr. _____

Anschrift:..._____

übernimmt dieser auch die Betreuung im Heim: ja nein
wenn nein, welchen Arzt bevorzugen Sie?

14. Gewünschte Unterbringung: (Zutreffende bitte ankreuzen)

Einzelzimmer eigene Nasszelle geteilte Nasszelle Doppelzimmer

15. Diät notwendig? (Welche? Warum?)
.....

16. Hausbesuch vor Heimaufnahme erwünscht? ja nein

17. Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?

18. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden?

(Vor- und Zuname)

(Straße und Hausnummer)

(In welcher Eigenschaft?)

19. Wer trägt die Kosten des Heimaufenthalts?

Selbstzahler Pflegekasse Bezirk Ofr.

Datum: Unterschrift des Antragstellers:.....

Wenn nicht Personengleichheit, auch
Unterschrift des Aufzunehmenden:.....

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.

Für Vermerke des Heims: