Eingangsdatum beim Pflegedienst:

 (wird vom Pflegedienst eingetragen)

Wohnungsantrag

Für das Betreute Wohnen „Haus Heimat“ in Wolgast

*Baustraße 22 / Hufelandstraße 8-9, 17438 Wolgast* **

Fragebogen (bitte umgehend zurücksenden)

**Bewerber:**

 Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Derzeitige Anschrift: Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Hausarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Pflegegrad:

 Keinen 1 2 3 4 5

**evtl. 2. Mieter:**

 Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Derzeitige Anschrift: Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Hausarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Pflegegrad:

 Keinen 1 2 3 4 5

**Wenn Angehörige/ Betreuer Ihren Antrag regeln wollen:**

*Bitte Kopie der Vollmacht bzw. Betreuerausweis mit einreichen.*

**Ansprechpartner:**

 Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Derzeitige Anschrift: Straße: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****Erfassung des Pflege- und Hilfebedarfs:**

Beim Einzug in ein Betreutes Wohnen besteht in der Regel Pflegebedarf oder zumindest Hilfebedarf.

Um dies bereits vorab nach Ihren Bedürfnissen festzustellen,

bitten wir Sie, Ihren Bedarf durch Ankreuzen sichtbar zu machen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Wer hat bisher die Hilfe erbracht?** | **Wer soll zukünftig die Hilfe leisten?** |
| Wobei brauchen Sie Hilfe? | Nein | Ja | Privat | Pflegedienst | Niemand | Privat | Pflegedienst Diakonie | Niemand |
| Hauswirtschaft |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Einkauf |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fahrten |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Arztbesuch |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Behördenpost |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ärztlich verordnete Leistungen |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wäsche waschen |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Körperpflege |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Duschen/ Baden |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Toilettengang |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ankleiden |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mittagsversorgung |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Betreuung |  |  |  |  |  |  |  |  |

Sonstiger Hilfebedarf/ Anmerkungen:

Hilfemittel (Name des Sanitätshauses):

****Wohnungsplanung:**

In unserem Betreuten Wohnen stehen Ihnen sowohl 2- Raumwohnungen,

als auch 3-Raumwohnungen zur Verfügung.

Die 2- Raumwohnungen unterscheiden sich lediglich in Ihrer Größe.

Alle Wohnungen bzw. Etagen (auch Keller) können mit dem Fahrstuhl erreicht werden.

Zu jeder Wohnung kann ein E-Rollstuhl Ladeplatz erhalten werden.

Folgende Kosten kommen auf Sie zu:

- Miete der Wohnung (WGW): ca. 10€ warm pro m2

- Einmalig Mitgliedschaftsanteile/ Kaution (WGW): je nach Wohnungsgröße

- Servicepauschale: 120 € pro Monat

- Pflege/ Betreuung wird individuell über die Pflegekasse abgerechnet

Bitte wählen Sie unten die für Sie in Frage kommende Wohnung aus. Sie können gerne auch mehrere Wohnungstypen ankreuzen,

sodass Ausweichwohnungen zur Verfügung stehen.

Anbei übersenden wir Ihnen bereits einen Beispielgrundriss für eine Wohnung mit 48,50 m2 (2-Raumwohnung)

2- Raumwohnungen: 3- Raumwohnung:

 33,90 m2 60,20 m2

 42,45 m2

 46,30 m2

 48,50 m2

 56,60 m2

 57,10 m2

Sonstige Wünsche/ Anregungen:

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_