

Absender:

An das
Amt der Kärntner Landesregierung
Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege
Mießtaler Straße 1
9020 Klagenfurt

Antrag auf Aufnahme in einen alternativen Lebensraum

Familienname:	Vorname:
Familienstand:	Staatsbürgerschaft:
Sozialversicherungsnummer:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	
ordentlicher Wohnsitz:	seit:
Art und Höhe des Einkommens:	Vermögen (Liegenschaften, Sparbücher, ...)
Pflegegeld: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Stufe:
Angehörige (Kinder, Eltern, Ehegatten, Lebensgefährten):	Anschrift:
Kontaktperson:	Anschrift:
Sachwalterschaft: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Sachwalter:
Sachwalterschaftsgericht:	
Kostenträger:	
Diagnosen:	
Therapie:	
Aufnahme am:	
von:	nach:
Art der Überstellung:	
Beilagen:	

....., am

(Unterschrift des Antragstellers bzw. des gesetzlichen Vertreters)