

Antrag auf Aufnahme in den alternativen Lebensraum

.....
Antragsteller/Antragstellerin:

Familienname: Vorname:
SV-Nr.: Geburtsdatum:
Familienstand: Staatsbürgerschaft:
Pflegestufe: Erhöhung beantragt am:
keine Pflegestufe / Erstantrag gestellt am:

Adresse/Hauptwohnsitz:

Postleitzahl/Ort:
Straße/Hausnummer:
derzeitiger Aufenthaltsort (z.B. Krankenhaus, Familie, Verwandte, Freunde, Bekannte):
.....
Telefonnummer Antragsteller/in:

Nächste/r Angehörige/r; Vertrauensperson:
Verwandtschaftsverhältnis: Telefonnummer:
Adresse:

Ansprechpartner/in für Kontaktaufnahme:

Antragsteller/in selbst Nächste/r Angehörige/r; Vertrauensperson
Sonstige Person

Erwachsenenvertretung (EV):

Vorsorgevollmacht gewählte EV gesetzliche EV gerichtliche EV

Name, Telefonnummer Vertretungsbevollmächtigte/r:

Beilagen:

1. Arztbriefe, Befunde
2. Pensionsbescheid, Pflegegeldbescheid

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift Antragsteller/in)

**Antragsübermittlung: Fax: 050 536 / 15 470, E-Mail: svpflege@ktn.gv.at;
Tel. : 050 536 / 15 402 - Sekretariat**