

Haus Landwasser

Datenbogen-II

Name, Vorname

Geburtsdatum

Steueridentifikationsnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Falls Sie derzeit stationär untergebracht sind (z.B. Klinik) bitte die Anschrift unmittelbar **VOR** der stationären Unterbringung.

<input type="text"/>

Familienangehörige

Mutter (Name)	Straße, Nr.	PLZ	Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vater (Name)	Straße, Nr.	PLZ	Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschwister (Name)	Straße, Nr.	PLZ	Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschwister (Name)	Straße, Nr.	PLZ	Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ehegatte/ eingetr. Lebenspartner (Name)	Straße, Nr.	PLZ	Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
eigene Kinder (Name)	Straße, Nr.	PLZ	Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
eigene Kinder (Name)	Straße, Nr.	PLZ	Ort	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Schwerbehindertenausweis

<input type="checkbox"/> ja	Grad der Behinderung
<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>

Rentenversicherung

Rentenversicherungsanstalt	Anschrift	Rentenversicherungsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Besitzen Sie zusätzliche private Rentenversicherungen? Wenn ja, welche bei welchem Versicherer?		
<input type="text"/>		

Krankenversicherung

Krankenversichert bei (Name der Krankenversicherung)	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> familienversichert
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> freiwillig Versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
Anschrift	<input type="text"/>	Krankenversicherungsnummer
<input type="text"/>		
bei Familienversicherten, bitte Namen und Geburtsdatum des Versicherten angeben		
<input type="text"/>		
bei freiwillig Versicherten, wer bezahlt die Beiträge?		
<input type="text"/>		
Liegt für das laufende Jahr eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Agentur für Arbeit

Mit welcher Agentur standen Sie zuletzt in Verbindung?	Sachbearbeiter (Name, Tel.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	Kundennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wurde über die Agentur schon eine Rehamaßnahme durchgeführt?	
<input type="checkbox"/> ja	Name, Anschrift
<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>

Jobcenter

Mit welchem Jobcenter stehen/standen Sie zuletzt in Verbindung?	BG-Nummer:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	
<input type="text"/>	

Existenzsichernde Leistungen

Ich beziehe aktuell:

<input type="checkbox"/> Krankengeld Anspruch endet am: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I Anspruch endet am: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Grundsicherung/ Hilfe zum Lebensunterhalt
	<input type="checkbox"/> Übergangsgeld
	<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente (EM-Rente)
	<input type="checkbox"/> andere Rente, Pension oder Versicherungsleistung
	<input type="checkbox"/> meine Eltern beziehen für mich Kindergeld

Bitte fügen Sie einen aktuellen Bewilligungsbescheid bei.

Derzeitige Wohnsituation (bei Antragsstellung)

- mietfrei bei den Eltern
- zur Miete bei den Eltern
- zur Miete
- in meiner Eigentumswohnung/ Haus

wenn Sie in Miete wohnen, wodurch und von wem wird diese finanziert?

Ich nehme folgende Leistungen in Anspruch:

- ambulant betreutes Wohnen
- besondere Wohnform (z.B. Wohnheim, betreute WG)

Wer ist der Leistungserbringer?

Wer ist der Leistungsträger (wer bezahlt die Leistungen?)

Die Erhebung der in diesem Datenbogen erfassten personenbezogenen Daten ist notwendig, damit die Kostenklärung für die jeweilige Maßnahme von Haus Landwasser unterstützt werden kann. Insofern entbinde ich die im Aufnahme/ Kostenklärungsverfahren beteiligten Mitarbeitenden (z.B. Verwaltung, Sozialdienst, ärztlicher-psychologischer Dienst) von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber Dritten im Kostenklärungsverfahren beteiligten Personen (z.B. potentielle Kostenträger, gesetzliche Betreuer, zuweisende Ärzte, Dienste). Mit der Übersendung von für das Kostenklärungsverfahren benötigten Unterlagen bin ich einverstanden.

Meine Einwilligung zur Verarbeitung der in diesem Datenbogen erhobenen personenbezogenen Daten, zur Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht sowie zur Übersendung von Unterlagen kann ich jederzeit - auch in Teilen - widerrufen. In diesem Fall kann die Fortführung des Aufnahmeverfahren und der Kostenklärung jedoch nicht möglich sein.

Ort, Datum

Unterschrift

sonstige Hinweise, Mitteilungen