

SOZIALHILFEVERBAND ST. VEIT AN DER GLAN
DR.-A.-LEMISCH-STRASSE 57, 9300 ST. VEIT/GLAN

Telefon: 04212/2293-580 FAX: 04212/2293-950 E-Mail: shv@vg-sv.gde.at

Antrag für die Seniorentagesstätte

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:

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:

Grund der Antragstellung:

Ärztliches Attest bitte beilegen.

Datum, Unterschrift

Betreuungsperson

Datum, Unterschrift

Zu betreuende Person