

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

**Telefon:** 04212/2293-910 **FAX:** 04212/2293-950 **E-Mail:** shv@vg-sv.gde.at

**Antrag auf Aufnahme in das Altenwohnheim / Pflegeheim**

.....  
**Antragsteller/Antragstellerin:**

Familienname: ..... Vorname: .....  
SV-Nr.: ..... Geburtsdatum: .....  
Familienstand: ..... Staatsbürgerschaft: .....  
Pfleigestufe: ..... Erhöhung beantragt am: .....  
keine Pfleigestufe / 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:** .....

**Beilagen:** (z. B. ärztliches Attest, Demenzbescheinigung): .....

.....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift Antragsteller/in)