



JÜDISCHE
GEMEINDE
ZU BERLIN
קהילת ברלין

KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

- Haus „Leo Baeck“ **Wohnen mit Service**
- Haus „Jeanette Wolff“ **Wohnen mit Service**

Name, Vorname:		Geburtsname:	
Jüdischer Name:		Mitglied der Jüdischen Gemeinde	
Geburtsdatum:	Geburtsort:		
Konfession:	Familienstand:	Staatsangehörigkeit:	
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl, Ort:		Telefon:	
E-Mail		Mobil:	

Mietkosten werden bezahlt durch:

*Antrag auf Leistungen beim Sozialamt muss **vor** dem Einzug gestellt werden*

Eigenes Einkommen /Rente	Sozialhilfeträger
--------------------------	-------------------

**Erhalten Sie Leistungen nach BSHG bzw. SGB XII vom Sozialhilfeträger
(Grundsicherung) Hilfe zum Leben**

Bitte Kopie des Bescheides beilegen

Nein	Ja	Zuständiges Sozialamt
------	----	-----------------------

Erhalten Sie Leistungen nach SGB XII vom Sozialhilfeträger- Hilfe zur Pflege

Bitte Kopie des Bescheides beilegen

Nein	Ja	Zuständiges Sozialamt
------	----	-----------------------

Angaben zur Krankenkasse:

Bitte Kopie der Gesundheitskarte beilegen

Name:		Versichertennummer:	
Straße, Hausnummer:			
Ort:			
Telefon:			



JÜDISCHE
GEMEINDE
ZU BERLIN
קהילת ברלין

KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Erhalten Sie bereits Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz

Bitte Kopie des Bescheides beilegen

Nein	Bereits beantragt am:	Ja	Pflegegrad	1	2	3	4	5
------	-----------------------	----	------------	---	---	---	---	---

Steht Ihnen ein amtlich bestellter Betreuer zur Seite?

Angaben zum Betreuer nach Betreuungsrecht:

Wenn Ja, bitte Kopie des Betreuerausweises beilegen

Name, Vorname:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	Telefon:
E-Mail:	Mobil:

Nein	Ja	Betreuung bei
		Aufenthaltsbestimmung
		Gesundheitsfürsorge
		Vermögenssorge
		Vertretung gegenüber Versicherungen und Behörden
		Entscheidungen über Unterbringung und Wohnungsangelegenheiten

Haben Sie jemanden bevollmächtigt, Ihnen bei Ihren Angelegenheiten zu helfen? Angaben zum Bevollmächtigten / Vorsorgevollmacht:

Wenn ja, bitte Kopie der Vorsorgevollmacht beilegen

Name, Vorname:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	Telefon:
E-Mail:	Mobil:



JÜDISCHE
GEMEINDE
ZU BERLIN
קהילת ברלין

KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Nein	Ja	Vollmacht für:
		Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit
		Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten
		Vollmacht bei Behörden
		Vermögenssorge
		Post und Fernmeldeverkehr
		Vertretung vor Gericht

Haben Sie eine Patientenvollmacht / Patientenverfügung?

Wenn ja, bitte eine Kopie beilegen

Nein	Ja
------	----

TBC

Beim Einzug bitte Attest vorlegen

Röntgenaufnahme der Lunge erfolgte am		
Liegen Anzeichen für aktive Lungentuberkulose vor?	Nein	Ja

Covid-19

Waren Sie schon mal an Covid-19 erkrankt

Nein	Ja
------	----

Wurden Sie gegen Covid -19 geimpft?

Wenn Ja, bitte Kopie der Impfbescheinigung beilegen

Datum der letzten Impfung:

- Angehörige:

Name, Vorname:	Art der Verwandtschaft:
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort:	Telefon:
E-Mail	Mobil:

- **Angehörige:**

Name, Vorname:	Art der Verwandtschaft:
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort:	Telefon:
E-Mail	Mobil:

- **Angehörige:**

Name, Vorname:	Art der Verwandtschaft:
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort:	Telefon:
E-Mail	Mobil:

- **Angehörige:**

Name, Vorname:	Art der Verwandtschaft:
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort:	Telefon:
E-Mail	Mobil:

Ich wurde von dem Mitarbeiter / der Mitarbeiterin des Seniorenzentrums über die Zusammensetzung der monatlichen Belastungen unterrichtet.

Jegliche Tätigkeit im Bereich, Pflege, Beratung, Betreuung und Service ist durch private Personen und andere Dritte auf Grund der Sicherheitsbestimmungen für die Objekte der Jüdischen Gemeinde zu Berlin K.d.ö.R. untersagt. Jede Fremdtätigkeit privater Personen ist dem Pflegeverbund des Seniorenzentrums anzuzeigen.

Die für die Einrichtungen der jüdischen Gemeinde zu Berlin K.d.ö.R. notwendigen Sicherheitsüberprüfungen dieser Personen sind kostenpflichtig und durch den Mieter zu bezahlen. Die Personen müssen sich bei jedem Besuch unaufgefordert bei den Pförtnern an- und abmelden.

Ich habe alle Informationen verstanden und akzeptiere diese mit meiner Unterschrift.

Datum:

.....

Unterschrift des zukünftigen Bewohners
oder des gesetzlichen Vertreters

Folgende Dokumente sind für die Bearbeitung Ihrer Bewerbung zwingend notwendig. Diese senden Sie bitte mit Ihrer Anmeldung entweder per Post oder per E-Mail uns zu:

Dokument:	Vor- handen	nicht vor- handen	wird nach- gereicht
Krankenhausentlassungsbriefe (Epikrisen)			
Rehabilitationsberichte			
MDK-Gutachten			
medizinische Gutachten (sozialmedizinische Gutachten, Unfallgutachten u.a.)			
Pflegeüberleitungen (aus Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und oder von ambulanten Pflegeeinrichtungen)			
Bescheid über den Pflegegrad von Ihrer Pflegekasse nach SGB XI			
Bescheid über die Hilfe zur Pflege nach SGB XII Ihres Sozialamtes			
Bewilligung der häuslichen Behandlungspflege nach SGB V von Ihrer Krankenkasse			
Schwerbehindertenbescheid			
weitere medizinische Unterlagen, Untersuchungsberichte (keine CD-ROM, keine Röntgenbilder)			
Kopie des Personalausweises oder Passes			
ggf. Aufenthaltsgenehmigung für Berlin			
ggf. Bescheid über die Grundsicherung / Bürgergeld			
Kopie der Gesundheitskarte / Krankenversicherung			
ggf. Kopie der Befreiung von Zuzahlungen			
Vollmachten und oder Bestallungsurkunde (Betreuerausweis in Kopie)			
Nachweis über die Mitgliedschaft in der Jüdischen Gemeinde zu Berlin			

Bitte beachten Sie, dass wir vor dem Einzug in unser Seniorenzentrum folgende Bescheinigungen benötigen:

- Ärztliche Bescheinigung (frei von Tuberkulose)
- Bei Einzug ins JWH / LBH Kopie der Haftpflichtversicherung
- bei nicht Privatzahlern - Kostenübernahme des Kostenträgers Bezirksamt

Mit freundlichen Grüßen

Sigrid Wolff / Einrichtungsleiterin E.D.E