



## Therapiezentrum in Rickert

Dorfstraße 48  
24782 Rickert  
Tel. 04331-346 0 Fax 04331-346 122  
www.therapiezentrum-in-rickert.de  
information@therapiezentrum-in-rickert.de

Eingangsstempel

## Kostenverpflichtungserklärung

(Anlage zur Anmeldung)

1. Herr / Frau				
	Familienname		Vorname	
2. wohnhaft				
	PLZ	Hauptwohnsitz	Straße	Hausnummer
	hat am	seine/ihre Aufnahme in das Therapiezentrum in Rickert		
	beantragt und erklärt hiermit:			
<input type="checkbox"/>	Ich bezahle meine Heimkosten selbst aus meinem Einkommen bzw. Vermögen			
<input type="checkbox"/>	Meine eigenen Mittel reichen zur Bezahlung der Heimkosten nicht aus			
<input type="checkbox"/>	Einen Antrag auf Kostenübernahme habe ich am .....			
	beim zuständigen Sozialamt ..... gestellt			
<input type="checkbox"/>	Einen Antrag auf vollstationäre Pflege habe ich am:.....			
	bei meiner Pflegekasse .....gestellt			

### 3. Wenn für den / die obige/n Antragsteller/in ein Betreuer/ Bevollmächtigter bestellt ist, wird um nachstehende Bestätigung gebeten

Ich (Name).....

Adresse.....

Bin vom Vormundschaftsgericht in..... für oben genannte Person zum

Bevollmächtigten  Betreuer für folgende Bereiche

.....  
.....

bestellt worden und gebe diese Erklärung ab bzw. erkläre, dass ich der Regelung zustimme.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift

### 1. Wenn Antrag auf Kostenübernahme beim zuständigen Sozialamt gestellt wurde, wird um nachstehende Bestätigung gebeten.

Kreissozialamt.....

AZ:.....

Umseitig genannte Person hat uns von seinem/ihrer Umzug ins Therapiezentrum in Rickert unterrichtet

**Es wird bestätigt, dass er/sie am.....einen Antrag auf Übernahme der ungedeckten Heimkosten bei uns als örtliches Sozialamt gestellt hat.**

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift