



**Formular**  
Aufnahmeantrag Förderstätte und Wohnen

**1. Gewünschte Aufnahme** (Mehrfachnennungen möglich)

- Wohnen Hollerhaus Ingolstadt                       Förderstätte Hollerhaus Ingolstadt  
 Wohnen Wolfgang-Adler-Haus Ingolstadt    Förderstätte Hollerhof Münchsmünster  
 Wohnen Hollerhof Münchsmünster

gewünschtes Aufnahmedatum Wohnen:

- Monat/Jahr: \_\_\_\_/\_\_\_\_                       schnellstmöglich                       noch nicht absehbar

gewünschtes Aufnahmedatum Förderstätte:

- Monat/Jahr: \_\_\_\_/\_\_\_\_                       schnellstmöglich                       noch nicht absehbar

**2. Angaben zum Antragsteller (Interessenten)**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

(Mobil-) Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

**3. Angaben zur gesetzlichen Betreuung** (wenn zutreffend)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Mobil-) Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

zuständiges Amtsgericht: \_\_\_\_\_



**Formular**  
Aufnahmeantrag Förderstätte und Wohnen

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Gültigkeitsdauer: \_\_\_\_\_

Aufgabenkreise:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> alle Angelegenheiten              | <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung   |
| <input type="checkbox"/> Entgegennahme und Öffnen der Post | <input type="checkbox"/> Gesundheitspflege       |
| <input type="checkbox"/> Vermögenssorge                    | <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Behörden     |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                  |  |

**4. Schwerbehindertenausweis (wenn zutreffend)**

gültig bis: \_\_\_\_\_

Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_

Merkzeichen:

- |                            |                             |                             |                             |   |                              |                                 |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> aG | <input type="checkbox"/> H  | <input type="checkbox"/> BI | <input type="checkbox"/> GI               | <input type="checkbox"/> TBI | <input type="checkbox"/> 1. Kl. |
| <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> RF | <input type="checkbox"/> EB | <input type="checkbox"/> VB | <input type="checkbox"/> Kriegsbeschädigt |                              |                                 |

Beiblatt zum Schwerbehindertenausweis: \_\_\_\_\_

**5. Krankenversicherung/Pflegeversicherung**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich krankenversichert | <input type="checkbox"/> privat krankenversichert |
|---|---|

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_

**6. Medizinische Daten des Antragstellers**

ärztliche Diagnose(n) mit ICD-10-Schlüssel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Formular**  
Aufnahmeantrag Förderstätte und Wohnen

aktuelle Dauermedikation: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten: \_\_\_\_\_

Impfungen:

- Mumps/Masern/Röteln       FSME       Tetanus       Polio/Diphtherie  
 Hepatitis \_\_\_\_       HPV       keine

Allergien/Unverträglichkeiten (ärztlich diagnostiziert): \_\_\_\_\_

**7. Wo hat der Antragsteller bisher gelebt?**

**8. Was macht den Antragsteller aus? Was ist ihm wichtig?**

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller bzw. gesetzlicher  
Betreuer



**Formular**  
Anlage 1 zum Aufnahmeantrag Förderstätte und Wohnen  
Datenschutzerklärung

Die in dem Aufnahmeantrag Förderstätte und Wohnen angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, etc., die allein zum Zweck einer möglichen Einleitung eines Aufnahmeverfahrens notwendig und erforderlich sind, werden aufgrund gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig Ihrer Einwilligung. Diese Einwilligung können Sie im Folgenden freiwillig erteilen.

**Ihre Rechte: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerrufsrecht**

Sie sind gemäß Artikel 15 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) jederzeit berechtigt, gegenüber dem Verein für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. schriftlich um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß Artikel 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber dem Verein für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. schriftlich die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch oder per Fax an den Verein für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V. übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Antragsteller bzw. gesetzlicher  
Betreuer