

Absender:

An das  
Amt der Kärntner Landesregierung  
Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege  
Mießtaler Straße 1  
9020 Klagenfurt

**Antrag auf Aufnahme in einen alternativen Lebensraum**

<b>Familienname:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Familienstand:</b>	<b>Staatsbürgerschaft:</b>
<b>Sozialversicherungsnummer:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Geburtsort:</b>	
<b>ordentlicher Wohnsitz:</b>	<b>seit:</b>
<b>Art und Höhe des Einkommens:</b>	<b>Vermögen</b> (Liegenschaften, Sparbücher, ...)
<b>Pflegegeld:</b> <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<b>Stufe:</b>
<b>Angehörige</b> (Kinder, Eltern, Ehegatten, Lebensgefährten):	<b>Anschrift:</b>
<b>Kontaktperson:</b>	<b>Anschrift:</b>
<b>Sachwalterschaft:</b> <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<b>Sachwalter:</b>
<b>Sachwalterschaftsgericht:</b>	
<b>Kostenträger:</b>	
<b>Diagnosen:</b>	
<b>Therapie:</b>	
<b>Aufnahme am:</b>	
<b>von:</b>	<b>nach:</b>
<b>Art der Überstellung:</b>	
<b>Beilagen:</b>	

....., am .....

(Unterschrift des Antragstellers bzw. des gesetzlichen Vertreters)