

## Antrag auf Aufnahme in den alternativen Lebensraum

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

Familienname: ..... Vorname: .....  
SV-Nr.: ..... Geburtsdatum: .....  
Familienstand: ..... Staatsbürgerschaft: .....  
Pflegestufe: ..... Erhöhung beantragt am: .....  
keine Pflegestufe / 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: .....  
Adresse: .....

**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: .....

**Beilagen:**

1. Arztbriefe, Befunde
2. Pensionsbescheid, Pflegegeldbescheid

.....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift Antragsteller/in)

**Antragsübermittlung: Fax: 050 536 / 15 470, E-Mail: [svpflege@ktn.gv.at](mailto:svpflege@ktn.gv.at);**

**Tel. : 050 536 / 15 402 - Sekretariat**