

Landeshauptstadt Dresden
 Sozialamt
 Abt. Wohnungsfürsorge/Integration
 Postfach 12 00 20
 01001 Dresden

Eingangsvermerk - Empfänger

Sitz: Junghansstraße 2, 01277 Dresden
 Telefon: (03 51) 4 88 14 50

Betreutes Wohnen

Stadtbezirksamt: _____ Stadtteil: _____

Objektname: _____

Objektanschrift: _____

Vermieter/-in: _____

Vermieter/-in Anschrift: _____

Website _____

Ansprechperson, Tel.: _____

Baujahr: _____ Letzte Sanierung: _____

Anzahl der Wohneinheiten gesamt (nur Zahlen): _____								
	1-RWE		2-RWE		3-RWE		>= 4-RWE	
	Anzahl	m ²	Anzahl	m ²	Anzahl	m ²	Anzahl	m ²
Davon barrierefrei								
Davon rollstuhlgerecht nach DIN 18040-2								
Davon nicht barrierefrei bzw. rollstuhlgerecht								

(bitte Anzahl und Fläche eintragen)

Ausstattung

Bodengleiche Dusche:	Ja/	Nein	Aufzug:	Ja/	Nein
Badewanne:	Ja/	Nein	Tiefgarage:	Ja/	Nein
Balkon/Terrasse:	Ja/	Nein	Automatischer Türöffner:	Ja/	Nein
Balkon/Terrasse barrierefrei zugänglich:	Ja/	Nein	PKW-Stellplätze:	Ja/	Nein

Eigene Ergänzungen: _____

Mietkosten

Wohnberechtigungsschein:	Ja/	Nein			
Kaltmiete pro m ² :	_____	Euro	Kaution:	_____	Euro
Kalte Betriebskosten pro m ² :	_____	Euro	Heizkosten pro m ² :	_____	Euro

weitere Angaben

Apotheke in der Nähe:	Ja/	Nein	Strecke zum ÖPNV: _____ m, Linie(n): _____
Hausarzt/Hausärztin in Objekt/Nähe:	Ja/	Nein	ÖPNV barrierefrei: _____ Ja/ _____ Nein
Barrierefreie Gehwege:	Ja/	Nein	Strecke zur nächsten Einkaufsmögl.: _____ m
Haustiere erlaubt:	Ja/	Nein	weitere Abstellmögl. (Kellerabteil,...) _____ Ja/ _____ Nein

Eigene Ergänzungen: _____

Träger der Betreuung: _____

Anschrift: _____

Website: _____

Ansprechperson, Tel.: _____

Höhe d. Betreuungspauschale: 1 Person: _____ Euro 2 Personen: _____ Euro

fester Ansprechpartner vor Ort: _____

Präsenzzeiten: _____

(Wochentage und Tageszeiten)

Angebote vor Ort:

Begeg.stätte/Gemeinschaftsraum:	Ja/	Nein
Stationärer Mittagstisch:	Ja/	Nein
Pflegedienst im Haus:	Ja/	Nein
Tagespflege im Haus:	Ja/	Nein
Anbindung an Pflegeheim:	Ja/	Nein

Weiteres: _____

(z. B. Friseur, Fußpflege, Physiotherapie)

Besonderheiten:

Organisation von Ausflügen:	Ja/	Nein
Einkaufsservice:	Ja/	Nein
Kooperation mit Hausarzt/-ärztin:	Ja/	Nein

(z. B. Hausnotruf nicht inklusiv, Wahlleistungen nicht frei wählbar)

Fügen Sie hier ein Bild Ihrer Einrichtung ein:



Der Inhalt der Angaben zur Wohnanlage liegt in Verantwortung des Vermieters/Trägers der Betreuung.

Stand: _____