



Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V.

---

## **Antrag auf Mitgliedschaft**

**für Einrichtungen stationäre Langzeitpflege, stationäre Hospize**

**Name der Einrichtung:**

Ansprechpartner/-in Leitung:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail Leitung:

Homepage:

Diözese:

Bundesland:

---

**Name des Trägers:**

Geschäftsführer/-in:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail Geschäftsführer/-in:

E-Mail Rechnung\*:

Homepage:

Diözese:

Bundesland:

Mitglied im Caritasverband:

## **Abfrage der belegungsfähigen Plätze**

vollstationäre Langzeitpflegeplätze:

stationäre Hospize:

Tagespflege-Plätze:

Solitäre Kurzzeitpflege-Plätze:

Nachtpflege-Plätze:

Der Rechtsträger stellt hiermit für die oben bezeichnete Einrichtung den Antrag auf Mitgliedschaft im Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V..

Der Rechtsträger verpflichtet sich, die Grundsätze der „Rahmenkonzeption der Einrichtungen und Dienste der Altenhilfe“ des Fachverbandes als Richtschnur dem eigenen Qualitätsprofil zugrunde zu legen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name Antragsteller/-in

**[Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie hier](#)**

*\*Bitte beachten Sie, dass der Rechnungsversand nur digital erfolgt.*