

Aufnahmezahl:
Jahr der Antragsstellung:

Antrag auf Erbringung folgender Leistungen

- ☐ Hauskrankenpflege (HKP)
☐ Fachsozialbetreuung (FSB "A")
☐ Heimhilfe (HH)
☐ Angehörigenentlastungsdienst (AED)



BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN !

Bezirk:

Sprenge/Organisation:

Kundin/Kunde: Familienname / Vorname / Akad. Grad

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Nationalität

Krankenkasse

PG Stufe

beantragt ☐

Sozialversicherungs-Nr.

Geburtsdatum

☐ Kundin/Kunde unter 60 Jahre? → **vor** Aufnahme (außer HKP) Rücksprache mit KBP

Anschrift:

PLZ / Ort / Straße / Telefonnummer

Gemeinde:

Hausärztin/Hausarzt:

Familienstand:

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ Lebensgemeinschaft

Soziales Umfeld:

☐ eingetragene Partnerschaft ☐ alleinlebend ☐ im Familienverband lebend

☐ 24-Stunden Betreuung (☐ 50% ☐ 100%) → **vor** Aufnahme Rücksprache mit KBP

Ehegatte(in) bzw.
Lebensgefährte(in)/
Partner(in):

Name / Vorname / Geburtsdatum

berufstätig ☐ ja ☐ nein

Kontaktpersonen:

Name

Adresse / Tel.

Erwachsenenvertreter(in):

☐ ja ☐ nein

wenn ja, Name, Adresse, Tel.-Nr.

Bedarf ab:

Erster Pflegeeinsatz am:

Klient aus Kapazitätsgründen abgelehnt (Warteliste), nimmt keine oder andere Leistungen in Anspruch ☐ ja ☐ nein

keine Versorgung entsprechend dem notwendigen Bedarf (z.B. 1x statt 2x tgl.) ☐ ja ☐ nein

	Mo – Fr 6:00 – 17:00		Mo – Fr 17:00 – 22:00		SA	SO
DGKP	x wö	x tgl.	x wö.		x tgl.	x tgl.
FSB "A"	x wö	x tgl.	x wö.		x tgl.	x tgl.
HH	x wö	x tgl.	x wö.		x tgl.	x tgl.

- ☐ Verbandwechsel
☐ Medikamentenverabreichung
☐ Medikamentenvorbereitung

- ☐ RR Kontrolle
☐ Diabetikerversorgung
☐

- ☐ Hilfe beim An- und Auskleiden
☐ Haare waschen / trocknen
☐ Körperpflege
☐ Inkontinenzversorgung

- ☐ Vollbad/Dusche
☐ Dauerkatheterversorgung
☐ Hautpflege
☐

- ☐ Vorbereitung des Essens
☐ hauswirtschaftliche Tätigkeiten
☐ Unterstützung bei der Essenseinnahme

- ☐ Besorgungen (Einkauf, Medikamente etc.)
☐ Verabreichung von Sondennahrung
☐ Einheizen

Sonstiges:

EINKOMMENSERKLÄRUNG

Einkommensarten:

Pension (Rente), Unterhaltsleistung, Geldleistung im Rahmen des Ausgedinges/ Geld, Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft, sonstige Einkünfte wie Lohn, Gehalt, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Sozialhilfe, Opferrente, Unfallrente, Leibrente, Einkommen aus Vermietung und Verpachtung, sonstige Sachbezüge, Einkünfte aus selbständiger Arbeit, (auch das Einkommen des Ehepartners / des Partners einer eingetragenen Gemeinschaft wird für die Kostenbeitragsrechnung herangezogen)

Unterhaltsberechtigten Personen: ☐ Ja ☐ Nein
wenn ja: Name / Geburtsdatum

Eventuelle sonstige Einkünfte: ☐ Ja ☐ Nein
Hauseigentum vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein

Kostenbeitragsrechnung:

Die Berechnung der Bemessungsgrundlage für die Ermittlung des Kostenbeitrages erfolgt aufgrund des monatlichen Gesamteinkommens (ermittelt aus den o. a. Einkommensarten) abzüglich

- monatliche Nettomiete bzw. Hauseigentümerpauschale, Betriebskosten u. Heizung (abzüglich Wohn- bzw. Mietzinsbeihilfe) bis zum Höchstwert lt. Sozialhilfe-Verordnung
- Pauschale für Unterhaltsberechtigte
- Kostenanteil für Heimunterbringung

Der so errechnete Kostenbeitrag erhöht sich im Falle eines Pflegegeldbezuges noch um einen Kostenbeitrag aus diesem Pflegegeldbezug. Daraus ergibt sich der zu leistende Gesamtkostenbeitrag pro Stunde. Die genaue Höhe dieses Betrages ist beim Regionalen Träger Sozialer Hilfe nachzufragen.

Die Beitragsberechnung erfolgt aufgrund der vorgelegten NACHWEISE (auch das Einkommen des Ehepartners / des Partners einer eingetragenen Gemeinschaft ist nachzuweisen) – bei Nichterbringung der Nachweise erfolgt die Verrechnung des kostendeckenden Entgelts!

SEPA Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz	Creditor-ID
-----------------	-------------

ZAHLUNGSEMPFÄNGER

SEPA-Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Sozialhilfeverband Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Sozialhilfeverband auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Allfällige Einwendungen sind direkt mit dem jeweiligen Sozialhilfeträger zu regeln. Ein Widerruf des Auftrages gilt ab dem Zeitpunkt des Einlangens bei der kontoführenden Bank. Gleichzeitig habe ich den Sozialhilfeträger zu benachrichtigen.

Rechnungsempfänger(in) ☐ Kundin/Kunde ☐ Sonstige

Name	Anschrift
-------------	------------------

[illegible][illegible]

Ort, Datum, Unterschrift

Der Kunde / die Kundin nimmt zur Kenntnis und stimmt zu dass:

- es sich bei dem Angebot um Mobile Dienste im Sinne des Oö. Sozialhilfegesetzes handelt, auf die **kein Rechtsanspruch** besteht.
- sich für ihn / sie auf Grund der abgegebenen Einkommenserklärung ein Kostenbeitrag pro Betreuungsstunde errechnet und dieser mittels o. a. Bankeinzugsermächtigung vom Sozialhilfeträger eingehoben wird.
- er / sie Änderungen seiner / ihrer Einkommensverhältnisse, Gewährung von Pflegegeld und sonstige für diese Hilfeleistungen maßgeblichen Umstände (z.B. Wohnsitzwechsel, Krankenhausaufenthalt, Kuraufenthalt) unverzüglich dem Regionalen Träger Sozialer Hilfe bekannt zu geben hat.

Der Kunde / die Kundin versichert mit seiner / ihrer Unterschrift, dass die von ihm / ihr gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und bestätigt seine / ihre Zustimmung zum Bankeinzug der fälligen Kostenbeiträge.

Name Stammbetreuer/in

Datum, Unterschrift Kundin/Kunde, gesetzliche/r Vertreter/in