

Aufnahmezahl:
Jahr der Antragsstellung:



Antrag auf Erbringung folgender Leistungen

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

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN !

Bezirk:

Sprengel/Organisation:

Kundin/Kunde: Familienname / Vorname / Akad. Grad		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Nationalität		PG Stufe		
Krankenkasse		beantragt <input type="checkbox"/>		
Sozialversicherungs-Nr.		Geburtsdatum		
<input type="checkbox"/> Kundin/Kunde unter 60 Jahre? → vor Aufnahme (außer HKP) Rücksprache mit KBP				
Anschrift:	PLZ / Ort / Straße / Telefonnummer	Gemeinde:		
Hausärztin/Hausarzt.:				
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft			
Soziales Umfeld:	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> alleinlebend <input type="checkbox"/> im Familienverband lebend			
	<input type="checkbox"/> 24-Stunden Betreuung (<input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100%) → vor Aufnahme Rücksprache mit KBP			
Ehegatte(in) bzw. Lebensgefährte(in)/ Partner(in):	Name / Vorname / Geburtsdatum	berufstätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kontaktpersonen:	Name			
	Adresse / Tel.			
Sachwalter(in):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Name, Adresse, Tel.-Nr.			
Bedarf ab:	Erster Pflegeeinsatz am:			
Klient aus Kapazitätsgründen abgelehnt (Warteliste), nimmt keine oder andere Leistungen in Anspruch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Keine Versorgung entsprechend dem notwendigen Bedarf (z.B. 1x statt 2x tgl.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
	Mo – Fr 6:00 – 17:00	Mo – Fr 17:00 – 22:00	SA	SO
DGKS/P	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.
<input type="checkbox"/> Verbandwechsel	<input type="checkbox"/> RR Kontrolle			
<input type="checkbox"/> Medikamentenverabreichung	<input type="checkbox"/> Diabetikerversorgung			
<input type="checkbox"/> Medikamentenvorbereitung	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Hilfe beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> Vollbad/Dusche			
<input type="checkbox"/> Haare waschen / trocknen	<input type="checkbox"/> Dauerkatheterversorgung			
<input type="checkbox"/> Körperpflege	<input type="checkbox"/> Hautpflege			
<input type="checkbox"/> Inkontinenzversorgung	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Vorbereitung des Essens	<input type="checkbox"/> Besorgungen (Einkauf, Medikamente etc.)			
<input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> Verabreichung von Sondennahrung			
<input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Essenseinnahme	<input type="checkbox"/> Einheizen			
Sonstiges:				

EINKOMMENSERKLÄRUNG

Einkommensarten:

Pension (Rente), Unterhaltsleistung, Ausgedinge / Geld, Einkommen aus Landwirtschaft (Einheitswert), sonstige Einkünfte wie Lohn, Gehalt, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Sozialhilfe, Opferrente, Unfallrente, Leibrente, Einkommen aus Vermietung und Verpachtung, sonstige Sachbezüge, Einkünfte aus selbständiger Arbeit

Unterhaltsberechtigte 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. Hauseigentümergehäule, 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 – bei Nichterbringung der Nachweise erfolgt die Verrechnung des kostendeckenden Entgelts!

SEPA Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz _____ Creditor-ID _____

ZAHLUNGSEMPFÄNGER

SEPA-Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Sozialhilfverband _____ Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Sozialhilfverband _____ 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 Gleichzeitig habe ich den Sozialhilfeträger zu benachrichtigen.

Rechnungsempfänger(in) Kundin/Kunde Sonstige

Name _____ Anschrift _____

IBAN _____ BIC _____

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.
- alle ihn / sie betreffenden Daten vom Leistungserbringer und vom regionalen Träger sozialer Hilfe erwendet werden, soweit dies zur Erbringung der Leistung, deren Verrechnung und der Erfüllung der Meldeverpflichtung nach dem Pflegefondsgesetz - PFG bzw. der Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung - PDStV (allenfalls im Sinne des § 46 Abs. 2 Z 2 DSGVO 2000) erforderlich ist.

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 Stambbetreuer/in

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