

ANTRAG auf (Rest-)Kostenübernahme für die Unterbringung in einer stationären Einrichtung

DER ANTRAG IST VOLLSTÄNDIG AUSZUFÜLLEN!

Eingangsstempel

Ich beantrage Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes in Form der

(Rest-)Kostenübernahme für die Unterbringung in der stationären Einrichtung

(Name des Pflegeheimes)

ab

nach dem Steiermärkischen Sozialhilfegesetz.

1. Angaben zu meiner Person

Familiennamenachname, Akad. Grad		Vorname	
Frühere Familiennamenachnamen		Geschlecht	
		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Geburtsdatum		Versicherungsnummer	
Letzter gewöhnlicher Aufenthalt vor Unterbringung in der stationären Einrichtung PLZ/Ort/Straße/Nr.			
Änderung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der letzten 18 Monate		<input type="checkbox"/> ja falls ja, vorheriger gewöhnlicher Aufenthalt:	
		<input type="checkbox"/> nein	
Familiennstand		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft seit:	
Staatsbürgerschaft (wenn nicht Österreicher/in, Aufenthaltsberechtigung bis)		Geburtsort	
Krankenversicherung		<input type="checkbox"/> ja Krankenkasse <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> mitversichert	
Telefonnummer			
E-Mail Adresse			
Sachwalter Familiennamenachname, Vorname		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sachwalterschaftsverfahren anhängig?		<input type="checkbox"/> ja falls ja, bei welchem Bezirksgericht <input type="checkbox"/> nein	

Nettoeinkommen				
<input type="checkbox"/>	Pensions-/Rentenleistungen	mtl.	€	auszahlende Stelle
	Pension beantragt	am		bei
<input type="checkbox"/>	Leistungen des AMS (Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss, Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes)	tägl.	€	
<input type="checkbox"/>	Krankengeld	tägl.	€	
<input type="checkbox"/>	Unterhalt	mtl.	€	
<input type="checkbox"/>	Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung	mtl.	€	Miet-/Pachtvertrag vom
<input type="checkbox"/>	Sonstiges	mtl.	€	
<input type="checkbox"/>	Pflegegeld	Stufe	€	
	Pflegegeld beantragt	am		
	Erhöhung Pflegegeld beantragt	am		
Achtung: Wird zum Zeitpunkt der Antragstellung kein Pflegegeld oder Pflegegeld der Stufen 1 bis 3 bezogen, ist die Anlage „Angaben zum Betreuungs-, Pflege- und Behandlungsbedarf“ auszufüllen.				

Vermögen				
<input type="checkbox"/>	Barmittel	€		
<input type="checkbox"/>	Kontenguthaben	€	Bankinstitut Bankleitzahl Kontonummer	
<input type="checkbox"/>	Bausparvertrag	€	Bausparkasse Vertragsnummer	
<input type="checkbox"/>	Sparguthaben	€	Bankinstitut	
Falls ja, wer hat das/die Sparbuch/Sparbücher in Verwahrung? Name und Anschrift				
<input type="checkbox"/>	Lebensversicherung		Versicherungs- gesellschaft Polizzenummer	
<input type="checkbox"/>	Ablebensversicherung		Versicherungs- gesellschaft Polizzenummer	
<input type="checkbox"/>	Wertpapiere	€		

Sonstige Vermögenswerte				
<input type="checkbox"/>	Haus-/Grundbesitz	in	Katastralgemeinde Einlagezahl	
<input type="checkbox"/>	Eigentumswohnung	in	Katastralgemeinde Einlagezahl	
<input type="checkbox"/>	Wohnrecht		Verpflichteter (Übergabs- oder Schenkungsvertrag in Kopie unbedingt beilegen)	
<input type="checkbox"/>	Leibrente/ Ausgedinge		Verpflichteter (Übergabs- oder Schenkungsvertrag in Kopie unbedingt beilegen)	
<input type="checkbox"/>	Fahrzeuge		Marke Baujahr	

2. Angaben zu meinen Angehörigen (EhepartnerIn, Lebensgefährtin/e, eingetragenen PartnerIn, Eltern, Kinder und Erben)

Familiennamenachname Akad. Grad		Vorname		
(Verwandtschaftsverhältnis-) Beziehung zu der antragstellenden Person		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Geburtsort		Geburtsdatum		
PLZ/Ort/Straße/Nr.				

Familiennamenachname Akad. Grad		Vorname		
(Verwandtschaftsverhältnis-) Beziehung zu der antragstellenden Person		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Geburtsort		Geburtsdatum		
PLZ/Ort/Straße/Nr.				

Familiennamenachname Akad. Grad		Vorname		
(Verwandtschaftsverhältnis-) Beziehung zu der antragstellenden Person		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Geburtsort		Geburtsdatum		
PLZ/Ort/Straße/Nr.				

Familiennamenachname Akad. Grad		Vorname		
(Verwandtschaftsverhältnis-) Beziehung zu der antragstellenden Person		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Geburtsort		Geburtsdatum		
PLZ/Ort/Straße/Nr.				

Familiennamenachname Akad. Grad		Vorname		
(Verwandtschaftsverhältnis-) Beziehung zu der antragstellenden Person		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Geburtsort		Geburtsdatum		
PLZ/Ort/Straße/Nr.				

3. Folgende Unterlagen sind bei Unterbringung in einer stationären Einrichtung von der antragstellenden Person in Kopie anzuschließen

- Einkommensnachweise zumindest der letzten drei Monate (z.B. AMS-Bestätigung, Pensionsmitteilung, Rentennachweis, Unfallrente, Nachweis über Unterhaltsanspruch, Krankengeld, Abfertigung, Mieteinnahmen, Pflegegeldbezüge)
- Vermögensnachweise (z.B. Kontoauszüge, Sparbücher, Bausparvertrag, Lebensversicherung, Wertpapiere)

- Grundbuchauszug aller Liegenschaften / Immobilien
- Übergabs- bzw. Schenkungsvertrag
- Heiratsurkunde / Partnerschaftsurkunde
- Scheidungsurteil und/oder Vergleichsausfertigung (jeweils mit Rechtskraftvermerk)
- Sachwalterbeschluss/Vollmacht

Ich erkläre ausdrücklich,

- dass meine Angaben wahr und vollständig sind;
- dass ich mit der Unterbringung in einem Pflegeheim einverstanden bin;
- meine Zustimmung, dass der Träger der Sozialhilfe zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit, zur Gewährung, Kürzung, Einstellung von Sozialhilfeleistungen sowie zur Durchsetzung der Ersatzansprüche meine Daten über den Gesundheitszustand durch Ärzte, Pflegepersonen (z.B. medizinische Befunde und Sachverständigengutachten) und Auskünfte über meinen Gesundheitszustand durch Ärzte, durch Krankenanstalten, durch Pflege- und Betreuungspersonen, durch Schadenersatzpflichtige erhält;
- dass meine Daten zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit, zur Gewährung, Kürzung, Einstellung von Sozialhilfeleistungen sowie zur Durchsetzung der Ersatzansprüche automationsunterstützt verwendet werden dürfen.

Ich bevollmächtige

- die Bezirkshauptmannschaft/den Magistrat Graz eine Namensabfrage von Eigentumswerten beim Bezirksgericht für Zivilrechtssachen, Grundbuch, österreichweit durchzuführen.

Ich verpflichte mich, dass

- ich Ansprüche gegen Dritte zu verfolgen habe;
- ich Änderungen der für die Leistung maßgeblichen Umstände, insbesondere der Vermögens-, Einkommens-, Familienverhältnisse unverzüglich der Behörde melden werde.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- falsche Angaben oder das Verschweigen maßgebender Tatsachen die Einstellung und Rückforderung der bezogenen Leistung bewirken können, außerdem in solchen Fällen eine (Verwaltungs-)Strafanzzeige gegen mich erstattet werden kann;
- ich dem Sozialhilfeträger den Aufwand aus meinem Vermögen zu ersetzen habe und dass gemäß § 28 Z 2-5 SHG auch andere Personen (z.B. Eltern und Kinder) zu einer Ersatzpflicht herangezogen werden können;
- eine Veräußerung, Belastung, die Einverleibung von Rechten oder eine Schenkung ohne vorherige Zustimmung des Sozialhilfeverbandes/der Stadt Graz nicht erfolgen kann (sollte dennoch eine derartige Handlung erfolgen, wird die Zuzahlung zu den Heimkosten eingestellt);
- bei Vorhandensein von Haus- oder Grundbesitz oder einer in meinem Eigentum stehenden Wohnung Leistungen der Sozialhilfe grundbücherlich sichergestellt werden können.

Datum	Eigenhändige Unterschrift

Unterschrift wurde geleistet durch		<input type="checkbox"/> Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Sachwalter/in
		<input type="checkbox"/> gesetzliche/n Vertreter/in	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r
Familienname/ Nachname Akad. Grad		Vorname	
PLZ/Ort/Straße/Nr.			
Telefonnummer		E-Mail Adresse	

Z A H L U N G S E R K L Ä R U N G

Ich,, geb. am,
wohnhaft in,
verpflichte mich, meine Pension einschließlich des Pflegegeldes, die derzeit
€ beträgt, gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zur Deckung
der Verpflegskosten für die Unterbringung im, ab
dem Tag der Aufnahme abzüglich des Handgeldes von 20% zur Verfügung zu
stellen (beim Pflegegeld beträgt das Handgeld 10% der Pflegestufe 3).

Vor mir: Unterschrift

....., am

ANLAGE zum Antrag auf (Rest-)Kostenübernahme für die Unterbringung in einer stationären Einrichtung

NUR AUSZUFÜLLEN, WENN VOM ANTRAGSTELLER (NOCH) KEIN PFLEGEGELD ODER EIN PFLEGEGELD DER STUFEN 1 BIS 3 BEZOGEN WIRD

ANGABEN zum Betreuungs-, Pflege- und Behandlungsbedarf

1. Betreuungsbedarf

(vom Antragsteller oder von der Betreuungs-/Pflegeperson auszufüllen)

Wohnverhältnisse			
<input type="checkbox"/>	Alleinstehend Haus/Wohnung	<input type="checkbox"/>	Mit Angehörigen im selben Haus/Wohnung
<input type="checkbox"/>	Badezimmer	<input type="checkbox"/>	Stiegen
Anmerkungen			

Orientierung			
<input type="checkbox"/>	völlig orientiert	<input type="checkbox"/>	leichte Orientierungsschwierigkeiten
<input type="checkbox"/>	schwankt	<input type="checkbox"/>	dauerhaft schwer desorientiert
<input type="checkbox"/>	desorientiert mit belastender Auswirkung auf die Umgebung		

Verhalten in der Nacht			
<input type="checkbox"/>	orientiert	<input type="checkbox"/>	desorientiert
<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	Anmerkungen	

Kommunikation, soziales Verhalten			
<input type="checkbox"/>	gestaltet persönlichen Alltag selbst	<input type="checkbox"/>	ist passiv, lässt sich animieren
<input type="checkbox"/>	völlig zurückgezogen	Anmerkungen	

Mobilität			
<input type="checkbox"/>	selbständig	<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel
<input type="checkbox"/>	personelle Unterstützung	<input type="checkbox"/>	bettlägerig seit
Anmerkungen			

Sinnesbeeinträchtigung			
<input type="checkbox"/>	sehen	<input type="checkbox"/>	hören
<input type="checkbox"/>	sprechen	<input type="checkbox"/>	Koma
Anmerkungen			

2. Pflegebedarf

(vom Antragsteller oder von der Betreuungs-/Pflegeperson auszufüllen)

Pflegebereitstellung			
<input type="checkbox"/>	Private Pflegeperson (Name/Alter)		
	Verwandtschaftsverhältnis seit		
<input type="checkbox"/>	Inanspruchnahme von Hauskrankenpflege oder Mobilen Diensten seit	<input type="checkbox"/> Hilfswerk	<input type="checkbox"/> Volkshilfe
		<input type="checkbox"/> Rotes Kreuz	<input type="checkbox"/> SMP
		<input type="checkbox"/> Sonst	
		Stützpunkt:	

<input type="checkbox"/>	Inanspruchnahme von 24-Stunden Betreuung seit	
<input type="checkbox"/>	Rufhilfe in Verwendung	
<input type="checkbox"/>	Essen auf Rädern	
<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Gehilfe
		<input type="checkbox"/> Zimmerleibstuhl
		<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/> Pflegebett <input type="checkbox"/> Hebehilfe <input type="checkbox"/> Sonstiges

Essen und Trinken			
<input type="checkbox"/>	selbständig	<input type="checkbox"/>	muss angehalten werden
<input type="checkbox"/>	Nahrung muss gegeben werden	Anmerkungen	

Ausscheidung			
<input type="checkbox"/>	selbständig	<input type="checkbox"/>	Fremdhilfe
<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz
<input type="checkbox"/>	Stoma	<input type="checkbox"/>	Dauerkatheter
Anmerkungen			

Körperpflege/An- und Ausziehen			
<input type="checkbox"/>	selbständig	<input type="checkbox"/>	tägliche Hilfe
<input type="checkbox"/>	wird vollkommen übernommen	Anmerkungen	

Behandlungspflege			
<input type="checkbox"/>	selbständiger Umgang mit Medikamenten bzw. Therapien	<input type="checkbox"/>	Unterstützung beim Umgang mit Medikamenten bzw. Therapien
<input type="checkbox"/>	Überwachung der Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	Verbände/Therapien
<input type="checkbox"/>	Insulin	Anmerkungen	
	<input type="checkbox"/> selbständig		
	<input type="checkbox"/> braucht Hilfe		

Sonstiges			
<input type="checkbox"/>	Kurzzeitpflege (Grund, wo, wann)		
<input type="checkbox"/>	Reha-Aufenthalt (Grund, wo, wann)		
Planung des Heimaufenthaltes		<input type="checkbox"/> befristet	<input type="checkbox"/> dauerhaft
Heimaufnahme wird durch den Pflegebedürftigen		<input type="checkbox"/> bejaht	<input type="checkbox"/> abgelehnt

Datum	Eigenhändige Unterschrift

Unterschrift wurde geleistet durch	<input type="checkbox"/> Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Sachwalter/in
	<input type="checkbox"/> gesetzliche/n Vertreter/in	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r
	<input type="checkbox"/> Betreuungs-/Pflegeperson	
Familiename/ Nachname Akad. Grad		Vorname
PLZ/Ort/Straße/Nr.		
Telefonnummer		E-Mail Adresse

3. Behandlungsbedarf

(vom Arzt auszufüllen)

Pflegebegründende Diagnosen		
Medikamente		
Wesentliche Vorerkrankungen		
Infektionserkrankungen (Hepatitis, TBC,...)		
Dementielle Erkrankung, durch die der Antragsteller seine Umgebung oder sich gefährdet (Diagnose, stationäre Aufenthalte, nervenfachärztliche Befunde,...)		
Kann der Patient den Antrag für die Heimkostenübernahme selbst unterschreiben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, Grund:
Erforderlichkeit des Heimaufenthaltes	<input type="checkbox"/> befristet	<input type="checkbox"/> dauerhaft

Ernährung			
<input type="checkbox"/>	Normalkost	<input type="checkbox"/>	Diät (welche?)
<input type="checkbox"/>	Breikost	<input type="checkbox"/>	Sonde (welche?)
<input type="checkbox"/>	Schluckstörung	Anmerkungen	

Atmung			
<input type="checkbox"/>	unauffällig	<input type="checkbox"/>	muss abgesaugt werden
<input type="checkbox"/>	braucht Sauerstoff	<input type="checkbox"/>	Heimrespirator
	<input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> zeitweise	Anmerkungen	

Spezieller Behandlungsbedarf		
(Mobile Palliativbetreuung, Dialyse, Schmerztherapie, Wundversorgung,...)	Anmerkungen	

Sozialpsychiatrische Erkrankungen		
(Diagnose, stationäre Aufenthalte, nervenfachärztliche Befunde,...)	Anmerkungen	

Datum	Eigenhändige Unterschrift des Arztes/Stempel