|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ../../kopfcol.jpgAn

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  die Bezirkshauptmannschaft |       |
| [ ]  den Magistrat Graz  |  |

 | \\fs01\lalej1\kopfcol.jpg |
|  |
| Eingangsstempel |

# Kostenübernahme für die Unterbringung im Pflegeheim gem. § 13 SHG – Antrag





Einen Anspruch auf Übernahme der Kosten oder Restkosten für die Unterbringung in einer stationären Einrichtung haben jene Personen, die ihren Lebensbedarf auf Grund ihrer Pflege oder Betreuungsbedürftigkeit sonst nicht in zumutbarer Weise ausreichend decken können.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bitte beachten Sie:** | **\*** | **Angabe(n) erforderlich** | **i** | **Information zum Ausfüllen** | [x]  | **Zutreffendes bitte ankreuzen** |

|  |
| --- |
| 1. Antrag auf Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfs |
| [ ]  | Ich beantrage Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfs in Form der (Rest-)Kostenübernahme für die Unterbringung in einer stationären Einrichtung nach dem Steiermärkischen Sozialhilfegesetz |
| **Es ist von der antragstellenden Person eine Bestätigung des Pflegeheims beizubringen, dass ein sozialhilferechtlich anerkanntes Bett zur Verfügung steht.** |
| Name des Pflegeheims | **\*** |       |
| Straße | **\*** |  |       | Hausnummer/Tür | **\*** |  |       |
| Postleitzahl | **\*** |  |       | Ort | \* |  |       |
| ab (tt.mm.jjjj) | **\*** |  |       | bis (tt.mm.jjjj) |  | **i** |       |
| **i** | bei befristeter Heimaufenthaltsdauer |
| 1.1 Antragsteller/in |
| Familienname | **\*** |  |       | akad. Grad |  |  |       |
| frühere/r Familienname/n |  | **i** |       |
| Vorname/n | **\*** |  |       | Geschlecht | **\*** |  | [ ]  | männlich | [ ]  | weiblich |
| Geburtsdatum | **\*** |  |       | Geburtsort | **\*** |  |       |
| Staats-angehörigkeit | **\*** |  |       | SV-Nummer | **\*** |  |       |
| Aufenthaltstitel |  | **i** |       | Aufenthaltsdauer |  |  |       |
| Straße | **\*** |  |       | Hausnummer/Tür | **\*** |       |
| Postleitzahl | **\*** |  |       | Ort | **\*** |  |       |
| Telefon | **\*** |  |       | E-Mail\* |       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Familienstand | **\*** |  | [ ]  | ledig | [ ]  | verheiratet | [ ]  | geschieden | [ ]  | getrennt lebend |
|  |  |  | [ ]  | verwitwet | [ ]  | eingetragene Partnerschaft | [ ]  | Lebensgemeinschaft seit (tt.mm.jjjj)) |       |
| Kranken-versicherung | **\*** |  | [ ]  | JA | [ ]  | NEIN | Krankenkasse |       |
|  |  |  | [ ]  | selbst-versichert | [ ]  | mitversichert bei |       |
| **i** | **Frühere/r Familienname/n**: Wenn zutreffend, dann ausfüllen.Wenn Nicht-Österreicher/in: Art des **Aufenthaltstitels** und bei Befristung **Dauer** der Gültigkeit des Aufenthaltstitels anführen sowie Nachweis der Haftungserklärung nach dem Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetzt (NAG) beilegen |

|  |
| --- |
| 2.1 Gerichtliche/r Erwachsenenvertreter/in / Sachwalterschaft |
| **Gerichtliche/r Erwachsenen-vertreter/in bzw. Sachwalter/in** | **\*** | **i** | [ ]  | JA  | [ ]  | NEIN |
| Verfahren anhängig |  |  | [ ]  | JA | [ ]  | NEIN |
| Bezirksgericht |  |  |       |
| Bestellungsdatum |  |  |       |  |
| Familienname |  |  |       |
| Vorname/n |  |  |       | akad. Grad |  |       |
| Telefon |  |  |       | E-Mail |  |       |
| Straße |  |  |       | Hausnummer/Tür |  |       |
| Postleitzahl |  |  |       | Ort |  |  |       |
| **i** | Bei Antwort „JA“ bitte Nachstehendes ausfüllen. |

|  |
| --- |
| 2.2 [ ]  Gesetzliche Erwachsenenvertretung / [ ]  Gesetzliche Vertretung nächster Angehöriger |
| Vertretungs-befugnis im ÖZVV registriert | **\*** | **i** | [ ]  | JA | [ ]  | NEIN |
| Registrierungs-datum (tt.mm.yyyy) |  |  |       |  |
| Familienname |  |  |       |
| Vorname/n |  |  |       | akad. Grad |  |       |
| Straße |  |  |       | Hausnummer/Tür |  |       |
| Postleitzahl |  |  |       | Ort |  |  |       |
| Telefon |  |  |       | E-Mail |       |
| **i** | Bei Antwort „JA“ bitte Nachstehendes ausfüllen.**ÖZVV**: Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis |

|  |
| --- |
| 2.3 Gewählte/r Erwachsenenvertreter/in |
| Vereinbarung im ÖZVV registriert | **\*** | **i** | [ ]  | JA | [ ]  | NEIN |
| Registrierungs-datum (tt.mm.jjjj) |  |  |       |  |
| Familienname |  |  |  |
| Vorname/n |  |  |       | akad. Grad |  |       |
| Straße |  |  |       | Hausnummer/Tür |  |       |
| Postleitzahl |  |  |       | Ort |  |  |       |
| Telefon |  |  |       | E-Mail |       |
| **i** | Vereinbarung über die gewählte Erwachsenenvertretung im **ÖZVV** (Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis) registriert. Bei Antwort „JA“ bitte Nachstehendes ausfüllen. |

|  |
| --- |
| 2.4 Vorsorgevollmacht |
| Vorsorgevollmacht errichtet | **\*** | **i** | [ ]  | JA | [ ]  | NEIN |
| Vorsorgefall eingetreten |  |  | [ ]  | JA | [ ]  | NEIN |
| Wenn ja, wann (Registrierung im ÖZVV – tt.mm.jjjj) |  | **i** |       |  |
|  **Bevollmächtigte/r** |
| Familienname |  |  |       |
| Vorname/n |  |  |       | akad. Grad |  |       |
| Straße |  |  |       | Hausnummer/Tür |  |       |
| Postleitzahl |  |  |       | Ort |  |  |       |
| Telefon |  |  |       | E-Mail |       |
| **i** | Bei Antwort „JA“ bitte Nachstehendes ausfüllen.**ÖZVV**: Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis |

|  |
| --- |
| 2.5 Individuelle Vollmacht (AVG) |
| Vollmacht erteilt | **\*** | **i** | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
|  **Bevollmächtigte/r** |
| Familienname |  |  |       |
| Vorname/n |  |  |       | akad. Grad |  |       |
| Straße |  |  |       | Hausnummer/Tür |  |       |
| Postleitzahl |  |  |       | Ort |  |  |       |
| Telefon |  |  |       | E-Mail |       |
| **i** | Bei Antwort „JA“ bitte Nachstehendes ausfüllen. |
| 2.6 Angehörige/r |
| Verwandtschafts-/ Beziehungs-verhältnis | **\*** | **i** |       |
| Familienname | **\*** |  |       |
| Vorname/n | **\*** |  |       | akad. Grad |  |       |
| Geburtsdatum | **\*** |  |       | SV-Nummer | **\*** | **i** |       |
| Straße | **\*** |  |       | Hausnummer/Tür | **\*** |       |
| Postleitzahl | **\*** |  |       | Ort | \* |  |       |
| Telefon | **\*** |  |       | E-Mail |       |
| **i** | **Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis**: Ehegatte/Ehegattin, Kind etc.**Sozialversicherungsnummer:** Diese ist nur beim Ehegatten/Ehegattin beim eingetragenen Partner/bei der eingetragenen Partnerin anzugeben |

|  |
| --- |
| 2.7 Sonstige Kontaktperson des/der Antragsteller/in (Pflegebedürftigen) |
| Familienname | **\*** |  |       |
| Vorname/n | **\*** |  |       | akad. Grad |  |       |
| Straße | **\*** |  |       | Hausnummer/Tür | **\*** |       |
| Postleitzahl | **\*** |  |       | Ort | **\*** |  |       |
| Telefon | **\*** |  |       | E-Mail |       |

|  |
| --- |
| 3.1 Letzter gewöhnlicher Aufenthalt vor Unterbringung in der stationären Einrichtung |
| Straße | **\*** |  |       | Hausnummer/ Tür | **\*** |       |
| Postleitzahl | **\*** |  |       | Ort | **\*** |  |       |

|  |
| --- |
| 3.2 Änderung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der letzten 6 Monate i |
| Straße |  |  |       | Hausnummer/ Tür |  |       |
| Postleitzahl |  |  |       | Ort |  |  |       |
| **i** | Nur auszufüllen, wenn der gewöhnliche Aufenthalt innerhalb der letzten 6 Monate verlegt wurde |

|  |
| --- |
| 4. Nettoeinkommen (ohne Pflegegeld) \* |
| Pensions-/ Rentenleistungen **i** | [ ]  JA | [ ]  NEIN |  |
| mtl. | € |       | auszahlende Stelle |       |
| mtl. | € |       | auszahlende Stelle |       |
| mtl. | € |       | auszahlende Stelle |       |
| mtl. | € |       | auszahlende Stelle |       |
| mtl. | € |       | auszahlende Stelle |       |
| Pension beantragt | [ ]  JA | [ ]  NEIN | am (tt.mm.jjjj) |       | bei |       |
| Leistungen des AMS | [ ]  JA | [ ]  NEIN | tgl. | € |       |  |
| auszahlende Stelle |       |  |
| Krankengeld | [ ]  JA | [ ]  NEIN | tgl. | € |       |       |
| auszahlende Stelle |       |  |
| titulierter Unterhalt | [ ]  JA | [ ]  NEIN | mtl. | € |       |  |  |
| Gerichtsbeschluss/-urteil vom (tt.mm.jjjj) |       | Bezirksgericht u. GZ |       |
| Verpflichtete/r |       |  |
| Unterhaltsleistung vom im Haushalt lebenden Ehegatten/-gattin/Partner/in (bei Verpartnerung) | [ ]  JA | [ ]  NEIN | mtl. | € |       |  |
| Verpflichtete/r |       |  |
| Einkommen des Ehegatten/Ehegatten/ (Partner/Partnerin (bei Verpartnerung) | mtl. | € |       |
| Einnahmen aus Vermietung/ Verpachtung | [ ]  JA | [ ]  NEIN | mtl. | € |       |  |
| Leibrente | [ ]  JA | [ ]  NEIN | mtl. | € |       | Verpflichtete/r |       |
| Vertrag vom (tt.mm.jjjj) |       |  |
| Einkünfte aus Kapital-vermögen **i** | [ ]  JA | [ ]  NEIN | [ ]  mtl.[ ]  vj.[ ]  halbj.[ ]  jährl. | € |       | [ ]  mtl.[ ]  vj.[ ]  halbj.[ ]  jährl. | € |       |
| sonstige Einkünfte **i** | [ ]  JA | [ ]  NEIN | [ ]  mtl.[ ]  vj.[ ]  halbj.[ ]  jährl. | € |       | [ ]  mtl.[ ]  vj.[ ]  halbj.[ ]  jährl. | € |       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| sonstige vertragliche Leistungen **i** | [ ]  JA | [ ]  NEIN | Art |  |       |  |  |  |
|  |  |  | [ ]  mtl.[ ]  vj.[ ]  halbj.[ ]  jährl. | € |       | [ ]  mtl.[ ]  vj.[ ]  halbj. [ ]  jährl. | € |       |
| **i** | **Einkommen gemäß § 1 StSHG-DVO, z. B.:****Pensions-/Rentenleistungen, Ruhe-/Versorgungs-/Auslagenbezüge** in- und/oder ausländische Pensions- und Rentenleistungen, Bezüge aus einer in- oder/und ausländischen gesetzlichen Kranken- oder Unfallversorgung, aus in- oder/und ausländischen Pensionskassen, Zuwendungen von Privatstiftungen, soweit sie als Bezüge anzusehen sind, Bezüge und Vorteile aus Unterstützungskassen/Unterstützungseinrichtungen, Rückzahlungen von Pflichtbeiträgen) **Leistungen des Arbeitsmarktservice:** Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss, Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes**Unterhalt:** Sämtliche vollstreckbaren titulierten Unterhaltsansprüche (z. B. aus einem Scheidungsbeschluss oder aus einem Urteil, auch wenn die Scheidung schon länger zurückliegen sollte; gerichtlich festgelegte Unterhaltsansprüche von Eltern gegen ihre Kinder usw.) – unabhängig von der Person des Unterhaltsverpflichteten – sind anzuführen, auch wenn bislang kein Unterhalt bezogen wurde.**Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung:** auch Einnahmen aus Fruchtgenuss**Einkünfte aus Kapitalvermögen:** Einkünfte aus der Überlassung von Kapital (z. B. Gewinnanteile und sonstige Bezüge aus Aktien oder aus Gesellschaftsanteilen, Zinsen und andere Erträgnisse aus Kapitalforderungen, bspw. aus Darlehen, Anleihen, Hypotheken, Guthaben bei Kreditinstituten, Boni, Kupons)**Sonstige Einkünfte:** Darunter fallen z. B. Funktionsgebühren („Funktionärsbezüge“)**Sonstige vertragliche Leistungen:** z. B. Medikamentenkosten**Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft** **Einkünfte aus Gewerbebetrieb**  |

|  |
| --- |
| 5. Pflegegeld \* |
| inländisches Pflegegeld **i** | [ ]  JA | [ ]  NEIN | mtl. | € |       | Stufe |       |
| auszahlende Stelle |       |  |
| Pflegegeld(erhöhung) beantragt am (tt.mm.jjjj) |       |  |
| ausländisches Pflegegeld | [ ]  JA | [ ]  NEIN | mtl. | € |       |  |
| auszahlende Stelle |       |  |
| **i** | **Pflegegeld**: Wird zum Zeitpunkt der Antragsstellung kein Pflegegeld oder Pflegegeld der Stufe 1 bis 3 bezogen, sind die Anlagen I und II auszufüllen.**Pflegegeld(erhöhung) beantragt am:** Dieses Feld ist nur auszufüllen, wenn Pflegegeld oder eine Erhöhung desselbigen bereits beantragt wurden, die Entscheidung der Behörde jedoch noch ausständig ist. |

|  |
| --- |
| 6. Bestattungs-/Begräbniskostenvorsorge |
| Begräbniskosten-versicherung | **\*** | **i** | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Versicherung/Verein |  |  |       |
| Polizzen-Nummer |  |  |       |
| vertragliche Bestattungskosten-übernahme |  |  | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Verpflichtete/r |  |  |       | (Übergabs-) vertrag vom (tt.mm.jjjj) |       |
| **i** | Bei Antwort „JA“ bitte Nachstehendes ausfüllen. |

|  |
| --- |
| 7. Angaben für ein allfälliges Rückersatzverfahren aufgrund vertraglicher/gesetzlicher Verpflichtungen* betreffend Verpflichtete aus Unterhaltstiteln;
* betreffend Geschenknehmerinnen/Geschenknehmer;
* betreffend Dritte, gegen die Hilfeempfängerin/der Hilfeempfänger Rechtsansprüche oder Forderungen hat (z. B. Ansprüche aus Leibrentenverträgen oder Übergabsverträgen – in diesen Fällen können auch Angehörige, wie z. B. Kinder, betroffen sein!)
 |
| Ersatzpflichtige Person i |
| Familienname |  |  |       |
| Vorname/n |  |  |       | akad. Grad |       |
| Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis |  |  |       | Geschlecht |  |  | [ ]  | männlich | [ ]  | weiblich |
| Straße |  |  |       | Hausnummer/Tür |  |  |       |
| Postleitzahl |  |  |       | Ort |  |  |       |
| **i** | Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; aus Übergabsverträgen sowie Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat |
|  weitere ersatzpflichtige Person i |
| Familienname |  |  |       |
| Vorname/n |  |  |       | akad. Grad |       |
| Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis |  |  |       | Geschlecht |  |  | [ ]  | männlich | [ ]  | weiblich |
| Straße |  |  |       | Hausnummer/Tür |  |  |       |
| Postleitzahl |  |  |       | Ort |  |  |       |
| **i** | Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; aus Übergabsverträgen; Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat |
|  weitere ersatzpflichtige Person i |
| Familienname |  |  |       |
| Vorname/n |  |  |       | akad. Grad |       |
| Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis |  |  |       | Geschlecht |  |  | [ ]  | männlich | [ ]  | weiblich |
| Straße |  |  |       | Hausnummer/Tür |  |  |       |
| Postleitzahl |  |  |       | Ort |  |  |       |
| **i** | Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; aus Übergabsverträgen sowie Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat |

|  |
| --- |
| **8. Beilagen: Folgende Unterlagen sind bei Unterbringung in einer stationären Einrichtung von der antragstellenden Person in Kopie anzuschließen** |
| [ ]  | Einkommensnachweise zumindest der letzten zwölf Monate (z. B. AMS-Bestätigung, Pensionsmitteilung, Rentennachweis, Unfallrente, private Pensionsvorsorge, Beschluss über Unterhaltsanspruch, Krankengeld, Mieteinnahmen, Pflegegeldbezüge, Nachweis über Leibrente, Vorlage von Kontoauszügen) |
| [ ]  | bei Einkünften aus selbstständiger Arbeit, Einkünften aus Vermietung/Verpachtung sowie Kapitalerträgen: Einkommenssteuerbescheid der letzten 3 Wirtschaftsjahre |
| [ ]  | Nachweise für Einkünfte aus Kapitalvermögen und sonstige Einkünfte (z. B. (Zins)Einnahmen aus Wertpapieren, Fondsanlagen, Sparbücher oder Sparbuchauszüge, Lebensversicherung, Wertpapiere, Aktien, Begräbniskostenversicherung) |
| [ ]  | Grundbuchsauszüge der Liegenschaften / Immobilien |
| [ ]  | Heiratsurkunde / Partnerschaftsurkunde |
| [ ]  | Scheidungsurteil / Vergleichsausfertigung (jeweils mit Rechtskraftvermerk) |
| [ ]  | Beschluss über die Bestellung des/der gerichtlichen Erwachsenenvertreters/in bzw. Sachwalterbeschluss |
| [ ]  | Gesetzliche Erwachsenenvertretung **mit** **Registrierungsbestätigung im ÖZVV** bzw. Vertretungsbefugnis des/der nächsten Angehörigen **mit Registrierungsbestätigung im ÖZVV** |
| [ ]  | Vereinbarung über die gewählte Erwachsenenvertretung **mit Registrierungsbestätigung im ÖZVV** |
| [ ]  | Vorsorgevollmacht mit Registrierung ihrer **Wirksamkeit** (**im ÖZVV** bzw. durch einen Notar) |
| [ ]  | schriftliche (individuelle) Vollmacht |
| [ ]  | Bestätigung des Pflegeheims, dass für die antragstellende Person ein sozialhilferechtlich anerkanntes Bett zur Verfügung steht. |
| [ ]  | Nachweis über geleistete Unterhaltszahlungen |
|  **Wenn Nicht-Österreicher/in:** |
| [ ]  | Haftungserklärung nach Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG) |
| [ ]  | Nachweis über den Aufenthaltstitel, z. B. Anmeldebescheinigung bei EWR-Bürger/-innen  |

|  |
| --- |
| **9. Datenschutzrechtliche Bestimmungen** |
| [ ]  | **\*** |  | Ich nehme zur Kenntnis, dass die von mir bekanntgegebenen Daten und jene Daten, die die Behörde im Zuge des Ermittlungsverfahrens erhält, auf Grund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit den diesem Verfahren zugrundliegenden Materiengesetzen automationsunterstützt verarbeitet werden und zum Zweck der Abwicklung des von mir eingeleiteten Verfahrens, der Beurteilung des Sachverhalts, der Erteilung der Bewilligung sowie auch zum Zweck der Überprüfung verarbeitet werden |
| [ ]  |  |  | Ich habe die allgemeinen Informationen * zu den mir zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit;
* zum mir zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichische Datenschutzbehörde;
* zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten

auf der Datenschutz-Informationsseite (<https://datenschutz.stmk.gv.at>) oder am beigefügten Datenschutz-Informationsblatt gelesen. |

|  |
| --- |
| **10. Erklärung** |
| **Ich erkläre ausdrücklich,*** dass sämtliche Informationen vollständig und wahrheitsgemäß offengelegt wurden;
* 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;
* meine Zustimmung, dass der (Rest-)Kostenübernahmebescheid zum Zwecke der Pensionsteilung an den/die Pensionsversicherungsträger übermittelt werden darf;
* mein Einverständnis, dass die Behörde oder in deren Auftrag tätige Dritte (z. B. Sachverständige) in die Pflegedokumentation der mobilen Dienste Einsicht nehmen dürfen.

**Ich bevollmächtige** die Bezirkshauptmannschaft/den Magistrat Graz, eine Namensabfrage von Eigentumswerten beim Bezirksgericht, Grundbuch, österreichweit durchzuführen. **Ich verpflichte mich, dass** * ich Ansprüche gegen Dritte in den Grenzen des § 5 Abs. 2 SHG verfolgen werde;
* ich Änderungen der für die Leistung maßgeblichen Umstände, insbesondere der Vermögens-, Einkommens- und Familienverhältnisse unverzüglich der Behörde melden werde.

**Ich nehme zur Kenntnis, dass*** die Verletzung der Mitteilungspflicht Sanktionen nach sich ziehen kann. Insbesondere können falsche Angaben oder das Verschweigen maßgebender Tatsachen die Einstellung und Rückforderung der bezogenen Leistung bewirken. Außerdem kann ich in solchen Fällen eine (Verwaltungs-) Strafanzeige gegen mich erstattet werden kann (§ 32 SHG).
* ich gemäß den gesetzlichen Bestimmungen aus meinem Einkommen (Pension, Pflegegeld, Mieteinnahmen, Leibrentenvertrag, Einnahmen aus Kapitalvermögen etc.) den Aufwand der Pflege und Betreuung zu tragen habe.
 |
| Ort |       | --------------------------------------------------------------------------------- |
| Datum (tt.mm.yyyy) |       | **Unterschrift** |
| **Unterschrift wurde geleistet durch:** |
| [ ]  | Antragsteller/in  | [ ]  | gerichtliche/n Erwachsenenvertreter/in (Sachwalter/in) | [ ]  | vertretungsbefugte/n nächste/n Angehörige/n |
| [ ]  | gesetzliche/n Vertreter/in | [ ]  | gesetzliche/n Erwachsenenvertreter/in | [ ]  | gewählte/n Erwachsenenvertreter/in |
| [ ]  | Bevollmächtigte/r |  |
| Familienname |  |  |       | Vorname/n |  |  |       | akad. Grad |       |
| Straße |  |  |       | Hausnummer/Tür |  |  |       |
| Postleitzahl |  |  |       | Ort |  |  |       |
| Telefon |  |  |       | E-Mail |       |

|  |
| --- |
| **Anlage I: Angaben zum Betreuungs- und Pflegebedarf**  |
| NUR AUSZUFÜLLEN, WENN VON DER ANTRAGSTELLERIN/DEM ANTRAGSTELLER (NOCH) KEIN PFLEGEGELD ODER EIN PFLEGEGELD DER STUFE 1,2 BZW. 3 BEZOGEN WIRD. |

|  |
| --- |
| 1. Antragsteller/in |
| Familienname |  |  |       | akad. Grad |  |
| Vorname/n |  |  |       | Geburtsdatum |  |  |       |

|  |
| --- |
| **2. Betreuungsbedarf i** |
| **Wohnverhältnisse** |  |  | [ ]  | alleinstehend | [ ]  | mit Angehörigen im selben Haus/Wohnung | [ ]  | Badezimmer |
|  |  |  | [ ]  | Treppen |  | Anmerkungen |       |
| **Orientierung** |  |  | [ ]  | völlig orientiert | [ ]  | leichte Orientierungs-schwierigkeiten | [ ]  | schwankt |
|  |  |  | [ ]  | dauerhaft schwer desorientiert | [ ]  | desorientiert mit belastenderAuswirkung auf die Umgebung |
| **Verhalten in der Nacht** |  |  | [ ]  | orientiert | [ ]  | desorientiert | [ ]  | Schlafstörungen |
|  |  |  |  | Anmerkungen |       |
| **Kommunikation, soziales Verhalten** |  |  | [ ]  | gestaltet persönlichen Alltag selbst | [ ]  | ist passiv, lässt sich animieren | [ ]  | völlig zurückgezogen |
|  |  |  |  | Anmerkungen |       |
| **Mobilität** |  |  | [ ]  | selbstständig | [ ]  | Hilfsmittel | [ ]  | personelle Unterstützung |
|  |  |  | [ ]  | Bettlägrigkeit seit (tt.mm.jjjj) |       |
|  |  |  |  | Anmerkungen |       |
| **Sinnes-beeinträchtigung** |  |  | [ ]  | sehen | [ ]  | hören | [ ]  | sprechen |
|  |  |  | [ ]  | Koma |  | Anmerkungen |       |
| **i** | **von dem/der Antragsteller/in oder von der Betreuungs-/Pflegeperson auszufüllen** |

|  |
| --- |
| 3. Bisheriger Pflegebedarf i |
| 3.1 Pflegeleistungen |
| **Inanspruchnahme von** |  |  | [ ]  | Mobilen Diensten | [ ]  | 24-Stunden-Betreuung |
|  |  |  | [ ]  | Hauskrankenpflege | [ ]  | Privatperson |
| durch |  |  |       |
| seit (tt.mm.jjjj) |  |  |       |
| **i** | **Bisheriger Pflegebedarf** ist von dem/der Antragsteller/in, der Betreuungs-/Pflegeperson oder Mobile Dienste (z. B. Caritas, Hilfswerk, Rotes Kreuz, Volkshilfe, etc.) auszufüllen. |

|  |
| --- |
| 3.2 Andere (Pflege-)Hilfsmittel |
| **Hilfsmittel** |  |  | [ ]  | Rufhilfe | [ ]  | Essen auf Rädern | [ ]  | Gehhilfe |
|  |  |  | [ ]  | Pflegebett | [ ]  | Zimmerleibstuhl | [ ]  | Hebehilfe |
|  |  |  | [ ]  | Rollstuhl | [ ]  | Sonstige |       |

|  |
| --- |
| 3.3 Essen und Trinken |
| [ ]  | selbstständig | [ ]  | Fremdhilfe |  |  |
|  | Anmerkungen |       |

|  |
| --- |
| 3.4 Ausscheidung |
| [ ]  | selbstständig | [ ]  | Harninkontinenz | [ ]  | Stuhlinkontinenz  |  |  |
| [ ]  | Fremdhilfe  | [ ]  | Dauerkatheter | [ ]  | Stoma |  |
|  | Anmerkungen |       |

|  |
| --- |
| 3.5 Körperpflege / An- und Ausziehen |
| [ ]  | selbstständig | [ ]  | Fremdhilfe |  |  |
|  | Anmerkungen |       |

|  |
| --- |
| 3.6 Behandlungspflege |
| **Umgang mit Medikamenten/ Verbänden** |  |  | [ ]  | selbstständig | [ ]  | Fremdhilfe |  |  |
| Anmerkungen |       |
| **Insulin** |  |  | [ ]  | selbstständig | [ ]  | Fremdhilfe | [ ]  | kein Insulin |
| Anmerkungen |       |
| **Therapie** |  |       |

|  |
| --- |
| 3.7 Sonstiges |
| [ ]  | **Kurzzeitpflege** | von (tt.mm.jjjj) |  |  |       |
| Pflegeeinrichtung |  |  |       | bis (tt.mm.jjjj) |  |  |       |
| [ ]  | **Reha-Aufenthalt** | von (tt.mm.jjjj) |  |  |       |
| Reha-Anstalt |  |  |       | bis (tt.mm.jjjj) |  |  |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort |       | --------------------------------------------------------------------------------- |
| Datum (tt.mm.yyyy) |       | **Unterschrift**  |

|  |
| --- |
| **Unterschrift wurde geleistet durch:** |
| [ ]  | Antragsteller/in  | [ ]  | gerichtliche/n Erwachsenenvertreter/in (Sachwalter/in) | [ ]  | vertretungsbefugte/n nächste/n Angehörige/n |
| [ ]  | gesetzliche/n Vertreter/in | [ ]  | gesetzliche/n Erwachsenenvertreter/in | [ ]  | gewählte/n Erwachsenenvertreter/in |
| [ ]  | Bevollmächtigte/r |  |
| Familienname |  |  |       | Vorname/n |  |  |       | akad. Grad |       |
| Straße |  |  |       | Hausnummer/Tür |  |  |       |
| Postleitzahl |  |  |       | Ort |  |  |       |
| Telefon |  |  |       | E-Mail |       |

|  |
| --- |
| **Anlage II: Behandlungsbedarf** |
| VOM ARZT VOLLSTÄNDIG AUSZUFÜLLEN |

|  |
| --- |
| **1. Antragsteller/in** |
| Familienname |  |  |       | akad. Grad |  |
| Vorname/n |  |  |       | Geburtsdatum |  |  |       |

|  |
| --- |
| **2. Behandlungsbedarf** |
| pflegebegründende Diagnosen | **\*** |  |       |
| Medikamente | **\*** |  |       |
| wesentliche Vorerkrankungen | **\*** |  |       |
| Infektionserkrankung (Hepatitis, TBC,…) | **\*** |  |       |
| dementielle Erkrankung | **\*** | **i** |       |
| Kann der Patient den Antrag für die Heimkosten-übernahme selbst unterschreiben? | **\*** |  | [ ]  JA | [ ]  NEIN | Grund |       |
| Erforderlichkeit des Heimaufenthaltes | **\*** |  | [ ]  | befristet | [ ]  | dauerhaft |
| **i** | dementielle Erkrankung durch die der/die Antragsteller/in seine/ihre Umgebung oder sich selbst gefährdet: Diagnose, stationäre Aufenthalte, nervenfachärztliche Befunde etc. |

|  |
| --- |
| 3. Ernährung |
| [ ]  | Normalkost | [ ]  | Breikost | [ ]  | Diät  |
| [ ]  | Schluckstörung | [ ]  | Sonde  |
| Anmerkungen |  |  |       |

|  |
| --- |
| 4. Atmung |
| [ ]  | unauffällig | [ ]  | muss abgesaugt werden | [ ]  | Heimrespirator |
| [ ]  | Sauerstoff: | [ ]  | dauerhaft | [ ]  | zeitweise |
| Anmerkungen |  |  |       |

|  |
| --- |
| **5. Spezieller Behandlungsbedarf** |
| Spezieller Behandlungsbedarf |  | **i** |       |
| Anmerkungen |  |  |       |
| **i** | z. B. Mobile Palliativbetreuung, Dialyse, Schmerztherapie, Wundversorgung etc. |

|  |
| --- |
| **6. Sozialpsychiatrische Erkrankungen** |
| Sozialpsychiatrische Erkrankungen |  | **i** |       |
| Anmerkungen |  |  |       |
| **i** | Diagnose, stationäre Aufenthalte, nervenfachärztliche Befunde etc. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort |       | --------------------------------------------------------------------------------- |
| Datum (tt.mm.yyyy) |       | **Eigenhändige Unterschrift des Arztes/Stempel**  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Familienname |  |  |       | Vorname/n |  |  |       | akad. Grad |       |
| Straße |  |  |       | Hausnummer/Tür |  |  |       |
| Postleitzahl |  |  |       | Ort |  |  |       |
| Telefon |  |  |       | E-Mail |       |