

An

- die Bezirkshauptmannschaft

 den Magistrat Graz

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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 * | <input type="text"/> | akad. Grad | <input type="text"/> |
| frühere/r Familienname/n i | <input type="text"/> | | |
| Vorname/n * | <input type="text"/> | Geschlecht * | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| Geburtsdatum * | <input type="text"/> | Geburtsort * | <input type="text"/> |
| Staatsangehörigkeit * | <input type="text"/> | SV-Nummer * | <input type="text"/> |
| Aufenthaltstitel i | <input type="text"/> | Aufenthaltsdauer | <input type="text"/> |
| Straße * | <input type="text"/> | Hausnummer/Tür * | <input type="text"/> |
| Postleitzahl * | <input type="text"/> | Ort * | <input type="text"/> |
| Telefon * | <input type="text"/> | E-Mail* | <input type="text"/> |

| | | | | |
|-----------------------|--|---|---|--|
| Familienstand * | <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 (tt.mm.jjjj) | _____ |
| Krankenversicherung * | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | Krankenkasse | _____ |
| | <input type="checkbox"/> selbst-versichert | <input type="checkbox"/> mitversichert bei | | _____ |

Frühere/r Familienname/n: Wenn zutreffend, dann ausfüllen.

i Wenn Nicht-Österreicher/in: Art des **Aufenthaltstitels** und bei Befristung **Dauer** der Gültigkeit des Aufenthaltstitels anführen sowie Nachweis der Haftungserklärung nach dem Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG) beilegen

2.1 Gerichtliche/r Erwachsenenvertreter/in / Sachwalterschaft

| | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|
| Gerichtliche/r Erwachsenenvertreter/in bzw. Sachwalter/in * | i <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Verfahren anhängig | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> 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

| | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------|
| Vertretungsbefugnis im ÖZVV registriert * | i <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Registrierungsdatum (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 | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Registrierungsdatum (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 | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Vorsorgefall eingetreten | | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> 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 _____ Bezirksgericht u. GZ _____

(tt.mm.jjjj)

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 Kapitalvermögen **i** JA NEIN mtl. € _____ mtl. € _____
 vj. vj.
 halbj. halbj.
 jährl. jährl.

sonstige Einkünfte **i** JA NEIN mtl. € _____ mtl. € _____
 vj. vj.
 halbj. halbj.
 jährl. jährl.

sonstige vertragliche Leistungen **i** JA NEIN Art _____

mtl. vj. halbj. jährl. € _____ mtl. vj. halbj. jährl. € _____

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.
i **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 Erträge 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 _____

Pflegegeld: Wird zum Zeitpunkt der Antragsstellung kein Pflegegeld oder Pflegegeld der Stufe 1 bis 3 bezogen, sind die Anlagen I und II auszufüllen.
i **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

Begräbniskostenversicherung *** i** JA NEIN

Versicherung/Verein _____

Polizzen-Nummer _____

vertragliche Bestattungskostenübernahme 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 | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> 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

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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) |
| <input type="checkbox"/> | Nachweis über Steuergutschriften |
| <input type="checkbox"/> | bei Einkünften aus selbstständiger Arbeit, Einkünften aus Vermietung/Verpachtung sowie Kapitalerträgen: Einkommenssteuerbescheid der letzten 3 Wirtschaftsjahre |
| <input type="checkbox"/> | Nachweise für Einkünfte aus Kapitalvermögen und sonstige Einkünfte (z. B. (Zins)Einnahmen aus Wertpapieren, Fondsanlagen, Sparbücher oder Sparbuchauszüge, Lebensversicherung, Wertpapiere, Aktien, Begräbniskostenversicherung) |
| <input type="checkbox"/> | Grundbuchsauszüge der Liegenschaften / Immobilien |
| <input type="checkbox"/> | Heiratsurkunde / Partnerschaftsurkunde |
| <input type="checkbox"/> | Scheidungsurteil / Vergleichsausfertigung (jeweils mit Rechtskraftvermerk) |
| <input type="checkbox"/> | Beschluss über die Bestellung des/der gerichtlichen Erwachsenenvertreters/in bzw. Sachwalterbeschluss |
| <input type="checkbox"/> | Gesetzliche Erwachsenenvertretung mit Registrierungsbestätigung im ÖZVV bzw. Vertretungsbefugnis des/der nächsten Angehörigen mit Registrierungsbestätigung im ÖZVV |
| <input type="checkbox"/> | Vereinbarung über die gewählte Erwachsenenvertretung mit Registrierungsbestätigung im ÖZVV |
| <input type="checkbox"/> | Vorsorgevollmacht mit Registrierung ihrer Wirksamkeit (im ÖZVV bzw. durch einen Notar) |
| <input type="checkbox"/> | schriftliche (individuelle) Vollmacht |
| <input type="checkbox"/> | Bestätigung des Pflegeheims, dass für die antragstellende Person ein sozialhilferechtlich anerkanntes Bett zur Verfügung steht. |
| <input type="checkbox"/> | Nachweis über geleistete Unterhaltszahlungen |
| Wenn Nicht-Österreicher/in: | |
| <input type="checkbox"/> | Haftungserklärung nach Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG) |
| <input type="checkbox"/> | Nachweis über den Aufenthaltstitel, z. B. Anmeldebescheinigung bei EWR-Bürger/-innen |

9. Datenschutzrechtliche Bestimmungen

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <p>* 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 zugrundeliegenden 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</p> <p>Ich habe die allgemeinen Informationen</p> <ul style="list-style-type: none">- zu den mir zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit; |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none">- zum mir zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichische Datenschutzbehörde;- zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten <p>auf der Datenschutz-Informationssseite (https://datenschutz.stmk.gv.at) oder am beigefügten Datenschutz-Informationsblatt gelesen.</p> |

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 PFLEGE GELD ODER EIN PFLEGE GELD DER STUFE 1,2 BZW. 3 BEZOGEN WIRD.

1. Antragsteller/in

| | | | |
|-------------|--------------|------------|--|
| Familiename | | akad. Grad | |
| Vorname/n | Geburtsdatum | | |

2. Betreuungsbedarf ⁱ

| | | | |
|--|---|--|---|
| Wohnverhältnisse | <input type="checkbox"/> alleinstehend | <input type="checkbox"/> mit Angehörigen im selben Haus/Wohnung | <input type="checkbox"/> Badezimmer |
| | <input type="checkbox"/> Treppen | 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"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> personelle Unterstützung |
| | <input type="checkbox"/> Bettlägrigkeit seit (tt.mm.jjjj) | _____ | |
| Anmerkungen _____ | | | |
| Sinnesbeeinträchtigung | <input type="checkbox"/> sehen | <input type="checkbox"/> hören | <input type="checkbox"/> sprechen |
| | <input type="checkbox"/> Koma | Anmerkungen _____ | |
| ⁱ von dem/der Antragsteller/in oder von der Betreuungs-/Pflegeperson auszufüllen | | | |

3. Bisheriger Pflegebedarf ⁱ

3.1 Pflegeleistungen

| | | |
|---------------------|--|---|
| Inanspruchnahme von | <input type="checkbox"/> Mobilien Diensten | <input type="checkbox"/> 24-Stunden-Betreuung |
| | <input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege | <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> Ruhhilfe | <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern | <input type="checkbox"/> Gehhilfe |
| | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Zimmerleibstuhl | <input type="checkbox"/> Hebehilfe |
| | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Sonstige | _____ |

3.3 Essen und Trinken

| | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> Fremdhilfe |
| Anmerkungen | _____ |

3.4 Ausscheidung

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Fremdhilfe | <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Stoma |
| Anmerkungen | _____ | |

3.5 Körperpflege / An- und Ausziehen

| | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> Fremdhilfe |
| Anmerkungen | _____ |

3.6 Behandlungspflege

| | | |
|---|--|---|
| Umgang mit Medikamenten/ Verbänden | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> Fremdhilfe |
| Anmerkungen | _____ | |
| Insulin | <input type="checkbox"/> selbstständig | <input type="checkbox"/> Fremdhilfe <input type="checkbox"/> kein Insulin |
| Anmerkungen | _____ | |
| Therapie | _____ | |

3.7 Sonstiges

| | | |
|---|------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege | von (tt.mm.jjjj) | _____ |
| Pflegeeinrichtung | bis (tt.mm.jjjj) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Reha-Aufenthalt | von (tt.mm.jjjj) | _____ |
| Reha-Anstalt | bis (tt.mm.jjjj) | _____ |

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

Unterschrift wurde geleistet durch:

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antragsteller/in | <input type="checkbox"/> gerichtliche/n Erwachsenenvertreter/in (Sachwalter/in) | <input type="checkbox"/> vertretungsbefugte/n nächste/n Angehörige/n |
| <input type="checkbox"/> gesetzliche/n Vertreter/in | <input type="checkbox"/> gesetzliche/n Erwachsenenvertreter/in | <input type="checkbox"/> gewählte/n Erwachsenenvertreter/in |
| <input type="checkbox"/> 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 Heimkostenübernahme selbst unterschreiben? * | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Grund _____ |
| Erforderlichkeit des Heimaufenthaltes * | <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> 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

| | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normalkost | <input type="checkbox"/> Breikost | <input type="checkbox"/> Diät |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung | <input type="checkbox"/> Sonde | |
| Anmerkungen | _____ | |

4. Atmung

| | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> muss abgesaugt werden | <input type="checkbox"/> Heimrespirator |
| <input type="checkbox"/> Sauerstoff: | <input type="checkbox"/> dauerhaft | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| Anmerkungen | _____ | |

5. Spezieller Behandlungsbedarf

| | | |
|--|---|---|
| Spezieller Behandlungsbedarf | i | 0 |
| 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 | | |