

An die

- Bezirkshauptmannschaft _____
 den Magistrat Graz

Eingangsstempel

Kostenzuschuss zur 24-Stunden-Betreuung – Antrag

Einen Anspruch auf einen Kostenzuschuss zur 24-Stunden-Betreuung haben jene Personen, die ihren Lebensbedarf auf Grund ihrer Pflege oder Betreuungsbedürftigkeit sonst nicht in zumutbarer Weise ausreichend decken können.

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde antsigniert.
Hinweise zur Prüfung finden Sie unter <https://as.stmk.gv.at>

Bitte beachten Sie: * Angabe erforderlich **i** Information zum Ausfüllen Zutreffendes ankreuzen

1. Antrag auf Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfs

Ich beantrage Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfs in Form eines Kostenzuschusses zur-24-Stunden-Betreuung

Name der Betreuungsgentu * _____
r

Straße * _____ Hausnummer/Tür * _____

Postleitzahl * _____ Ort * _____

ab (tt.mm.jjjj) * _____ bis (tt.mm.jjjj) **i** _____

i bei befristeter Betreuungsdauer

1.1 Antragsteller/in

Familienname * _____ Akad. Grad _____

Frühere/r Familienname/n **i** _____

Vorname/n * _____ Geschlecht * männlich weiblich

Geburtsdatum * _____ Geburtsort * _____

Staatsangehörigkeit * _____ Sozialversicherungsnummer * _____

Aufenthaltstitel **i** _____ Aufenthaltsdauer _____

Familienstand * ledig verheiratet geschieden getrennt lebend

verwitwet eingetragene Partnerschaft Lebensgemeinschaft seit _____

Krankenversicherung * nein ja / 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 Aufenthaltsgesetz (NAG) beilegen

1.2 Anschrift und Kontaktdaten der pflegebedürftigen Person (Antragsteller/in)

Straße *	_____	Hausnummer/ Tür *	_____
Postleitzahl *	_____	Ort *	_____
Telefon *	_____	E-Mail *	_____

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	Akad. Grad	_____
Telefon	E-Mail	_____
Straße	Hausnummer/ Tür	_____
Postleitzahl	Ort	_____

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde antistigniert.
Hinweise zur Prüfung finden Sie unter <https://as.stmk.gv.at>.

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	_____	
Gesetzliche/r Erwachsenenvertreter/in bzw. Vertretungsbefugte/r		
Familienname	_____	
Vorname	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 _____	
Gewählte/r Erwachsenenvertreter/in	
Familiename _____	
Vorname _____	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

Das elektronische Original dieses Dokumentes wird amtlich signiert. Hinweise zur Prüfung finden Sie unter <https://as.stmk.gv.at>.

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) i _____	
Bevollmächtigte/r	
Familiename _____	
Vorname _____	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	
Familiename _____	
Vorname _____	Akad. Grad _____
Straße _____ Hausnummer/Tür _____	
Postleitzahl _____	Ort _____
Telefon _____	E-Mail _____

i Bei Antwort „ja“ bitte Nachstehendes ausfüllen

2.5 Angehörige/r

Verwandtschafts-/ Beziehungs- verhältnis * i	_____
Familienname *	_____
Vorname *	_____ Akad. Grad _____
Geburtsdatum *	_____ Sozialversicherungs- nummer * i _____
Straße *	_____ Hausnummer/ Tür * _____
Postleitzahl *	_____ Ort * _____
Telefon *	_____ E-Mail _____

i **Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis:** Ehegatte/Ehegattin, Kind etc.

i **Sozialversicherungsnummer:** Diese ist nur beim Ehegatten/Ehegattin beim eingetragenen Partner/bei der eingetragenen Partnerin anzugeben

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde amtsigniert.
Hinweise zur Prüfung finden Sie unter <https://as.stmk.gv.at>.

2.6 Sonstige Kontaktperson des/der Antragsteller/in (Pflegebedürftigen)

Familienname *	_____
Vorname *	_____ Akad. Grad _____
Straße *	_____ Hausnummer/ Tür * _____
Postleitzahl *	_____ Ort * _____
Telefon *	_____ E-Mail _____

4. Nettoeinkommen (ohne Pflegegeld) *

<input type="checkbox"/> Pensions-/ Renten- leistungen	i monatlich	€ _____	auszahlende Stelle _____
		monatlich € _____	auszahlende Stelle _____
		monatlich € _____	auszahlende Stelle _____
<input type="checkbox"/> Pension beantragt am (tt.mm.jjjj)		_____	bei _____
<input type="checkbox"/> Leistungen des AMS	i täglich	€ _____	auszahlende Stelle _____
<input type="checkbox"/> Krankengeld	täglich	€ _____	auszahlende Stelle _____
<input type="checkbox"/> Unterhalt	i monatlich	€ _____	Verpflichtete/r _____
<input type="checkbox"/> Gerichtsbeschluss/-urteil vom		_____	Bezirksgericht und GZ _____
<input type="checkbox"/> Einnahmen aus	i monatlich	€ _____	

Vermietung/ Verpachtung							
<input type="checkbox"/>	Leibrente	monatlich	€	_____	Verpflichtete/r	_____	
	Vertrag vom (tt.mm.jjjj)			_____			
<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus Kapital- vermögen	i monatl./ halbjährl./ jährl.	€	_____	monatl./ halbjährl./ jährl.	€	_____
<input type="checkbox"/>	Sonstige Einkünfte	i monatl./ halbjährl./ jährl.	€	_____	monatl./ halbjährl./ jährl.	€	_____
<input type="checkbox"/>	Sonstige vertragliche Leistungen	i Art		_____	monatl./ halbjährl./ jährl.	€	_____

Einkommen gemäß § 1 StSHG-DVO, LGBl Nr. 81/2014, z.B.:

Pensions-/Renteleistungen, Ruhe-/Versorgungs-/Auslagenbezüge (gemäß 25 EStG) in- und/oder ausländische Pensions- und Rentenleistungen, Bezüge aus einer in- oder/und ausländischen gesetzlichen Kranken- oder Unfallversicherung, 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 (§ 27 EStG): 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 (§ 29 EStG): Darunter fallen z.B. Funktionsgebühren („Funktionärsbezüge“)

Sonstige vertragliche Leistungen: z.B. Medikamentenkosten

Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (§ 21 EStG)

Einkünfte aus Gewerbebetrieb (§ 23 EStG)

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde antsigniert.
Hinweise zur Prüfung finden Sie unter <https://as.stmk.gv.at>.

5. Pflegegeld und Zuschuss zur 24-Stunden-Betreuung							
<input type="checkbox"/>	Pflegegeld		i	Stufe	_____	auszahlende Stelle	_____
				Pflegegeld beantragt am	_____	Erhöhung beantragt am	i _____
<input type="checkbox"/>	Zuschuss zur 24-Stunden- Betreuung		i	monatlich	€ _____		

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

Pflegegeld beantragt am: Dieses Feld ist nur auszufüllen, wenn Pflegegeld bereits beantragt wurde, die Entscheidung der Behörde jedoch noch ausständig ist.

i Zuschuss zur 24-Stunden-Betreuung: Förderung, die vom Sozialministeriumservice gewährt wird.

6. Vermögen

<input type="checkbox"/>	Barmittel	€	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Kontenguthaben	€	<input type="text"/>	Kontonummer <input type="text"/>	Bankleitzahl <input type="text"/>
				Bankinstitut <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Bausparvertrag	€	<input type="text"/>	Bausparkasse <input type="text"/>	Vertragsnummer <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Sparguthaben	€	<input type="text"/>	Bankinstitut <input type="text"/>	
				Verwahrung der Sparbücher durch <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Lebensversicherung		Versicherungsgesellschaft <input type="text"/>		Polizzennummer <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ablebensversicherung		Versicherungsgesellschaft <input type="text"/>		Polizzennummer <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Haus/Grundstück in		<input type="text"/>		
			Katastralgemeinde <input type="text"/>		Einlagezahl <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Eigentumswohnung in		<input type="text"/>		
			Katastralgemeinde <input type="text"/>		Einlagezahl <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Wohnrecht		Verpflichtete/r <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Ausgedinge		Verpflichtete/r <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Fahrzeug/e		<input type="text"/>	Marke und Baujahr <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges*		i <input type="text"/>		

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde amtssigniert.
Hinweise zur Prüfung finden Sie unter <https://as.stmk.gv.at>.

i Bei Antwort „ja“ bitte Nachstehendes ausfüllen

* **Sonstige Vermögenswerte:** z.B. Wertpapiere

7. Angaben für ein allfälliges Rückersatzverfahren betreffend Verpflichtete aus Unterhaltstiteln;
betreffend Geschenknnehmerinnen/Geschenknnehmer;
betreffend Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin 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**

Familiename	<input type="text"/>		
Vorname	Akad. Grad	<input type="text"/>	
Verwandtschafts-/ Beziehungs- verhältnis	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Straße	Hausnummer/ Tür <input type="text"/>		

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

Ersatzpflichtige Person i

Familienname _____		Akad. Grad _____	
Vorname _____			_____
Verwandtschafts-/ Beziehungs- verhältnis _____	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; Geschenknnehmerinnen/Geschenknnehmer; Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat

Ersatzpflichtige Person i

Familienname _____		Akad. Grad _____	
Vorname _____			_____
Verwandtschafts-/ Beziehungs- verhältnis _____	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. Kosten des Lebensbedarfes *

<input type="checkbox"/>	Wohnen			monatlich	€	_____		
<input type="checkbox"/>	Strom			monatlich	€	_____		
<input type="checkbox"/>	Heizung			monatlich	€	_____		
<input type="checkbox"/>	Lebensmittel			monatlich	€	_____		
<input type="checkbox"/>	Sonstige Kosten		i	monatlich	€	_____		
<p>* Kosten des Lebensbedarfes werden bis zur Höhe der Mindestsicherung für alleinstehende volljährige Personen gemäß dem Steiermärkischen Mindestsicherungsgesetz berücksichtigt.</p> <p>i z.B. Notfallsysteme/Notfallarmband, Kosten für kulturelle Teilhabe, etc.</p>								

9. Kosten der 24-Stunden-Betreuung

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde amtsigniert.
Hinweise zur Prüfung finden Sie unter: <https://as.stmk.gv.at>

<input type="checkbox"/>	24-Stunden-Betreuung		monatlich	€			
<input type="checkbox"/>	Fahrtkosten		monatlich	€			
<input type="checkbox"/>	Kost und Logis	i	monatlich	€			
<input type="checkbox"/>	Sonstige Kosten		monatlich	€			

i Aufwendungen für Kost und Logis werden bis zur Höhe des vom Bundesministerium für Finanzen festgelegten Betrags für die steuerliche Absetzbarkeit der Kosten für Unterkunft und Verpflegung des Betreuungs-/Pflegepersonals berücksichtigt.

<input type="checkbox"/>	Mobile Hauskrankenpflege					
	DGKS	Stunden pro Monat	monatlich	€		
	Pflegeassistent	Stunden pro Monat	monatlich	€		
	Heimhilfe	Stunden pro Monat	monatlich	€		
<input type="checkbox"/>	Betreutes Wohnen		monatlich			
<input type="checkbox"/>	Sonstige		monatlich			

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde antsigniert.
Hinweise zur Prüfung finden Sie unter <https://as.stmk.gv.at>.

10. Beilagen: Folgende Unterlagen sind von der antragstellenden Person in Kopie anzuschließen

<input 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"/>	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 sonstigen Einkünften (z.B. (Zins)Einnahmen aus Wertpapieren, Fondsanlagen, Sparbücher oder Sparbuchauszüge, Lebensversicherung, Wertpapiere, Aktien, Begräbniskostenversicherung)
<input type="checkbox"/>	Vermögensnachweise (z.B. Kontoauszüge, Bausparvertrag, Sparbücher, Lebensversicherung, Wertpapiere)
<input type="checkbox"/>	Verträge im Zusammenhang mit der 24-Stunden-Betreuung (Vermittlung über Agentur, Werkvertrag/Werkverträge über Leistungen in der Personenbetreuung, Dienstvertrag)
<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
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

Datenschutzrechtliche Bestimmungen

<input 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 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-Informationseite (https://datenschutz.stmk.gv.at) oder am beigefügten Datenschutz-Informationenblatt gelesen.</p>
--------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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;
- ich dem Sozialhilfeträger den Aufwand aus meinem Vermögen zu ersetzen habe und, dass gemäß § 28 SHG auch andere Personen (z.B. Erbinnen/Erben, Unterhaltsverpflichtete, sonstige Personen aus vertraglichen oder gesetzlichen Verpflichtungen) zu einer Ersatzpflicht herangezogen werden können;
- bei Vorhandensein von Haus- oder Grundbesitz oder einer in meinem Eigentum stehenden Wohnung Leistungen der Sozialhilfe grundbücherlich sichergestellt werden können.

Ort

Datum

.....
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 _____		
Straße _____	Hausnummer/ Tür _____		
Postleitzahl _____	Ort _____		
Telefon _____	E-Mail _____		

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde antsigniert.
Hinweise zur Prüfung finden Sie unter <https://as.stmk.gv.at>.

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

Familienname			
Vorname		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"/> bettlägrig seit		
	Anmerkungen 		
Sinnesbeeinträchtigung	<input type="checkbox"/> sehen	<input type="checkbox"/> hören	<input type="checkbox"/> sprechen
	<input type="checkbox"/> Koma	Anmerkungen 	

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde antsigniert. Hinweise zur Prüfung finden Sie unter <https://as.stmk.gv.at>.

i von dem/der Antragsteller/in oder von der Betreuungs-/Pflegeperson auszufüllen

3. Bisheriger Pflegebedarf i

3.1 Pflegeleistungen

Inanspruchnahme von	<input type="checkbox"/> Mobilen Diensten	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen
	<input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege	<input type="checkbox"/> Privatperson
durch		
seit		

i **Bisheriger Pflegebedarf** ist von dem/der Antragsteller/in, der Betreuungs-/Pflegerperson oder Mobile Dienste (z.B. Caritas, Hilfswerk, Rotes Kreuz, Volkshilfe, etc.) auszufüllen

3.2 Andere (Pflege-)Hilfsmittel

Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Ruffhilfe	<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 _____	_____
Pflegeeinrichtung	bis _____	_____
<input type="checkbox"/> Reha-Aufenthalt	von _____	_____
Reha-Anstalt	bis _____	_____

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde antsigniert.
Hinweise zur Prüfung finden Sie unter <https://as.stmk.gv.at>.

Ort
Datum **Unterschrift**

Unterschrift wurde geleistet durch	<input type="checkbox"/> Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Sachwalter/in	<input type="checkbox"/> vertretungsbefugte/n nächste/n Angehörige/n
	<input type="checkbox"/> gesetzliche/n Vertreter/in	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r	
Familienname _____	Vorname _____		
Straße _____	Hausnummer/ Tür _____		
Postleitzahl _____	Ort _____		
Telefon _____	E-Mail _____		

Dies elektronische Original dieses Dokumentes wurde antsigniert.
Hinweise zur Prüfung finden Sie unter <https://as.stmk.gv.at>.

Anlage II: Behandlungsbedarf

VOM ARZT VOLLSTÄNDIG AUSZUFÜLLEN

Antragsteller/in

Familienname *	_____
Vorname *	_____
Geburtsdatum *	_____

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

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde antsigniert.
Hinweise zur Prüfung finden Sie unter <https://as.stmk.gv.at>.

i Dementielle Erkrankung durch die der/die Antragsteller/in seine/ihre Umgebung oder sich selbst gefährdet: Diagnose, stationäre Aufenthalte, nervenfachärztliche Befunde etc.

Ernährung

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

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	_____	

Spezieller Behandlungsbedarf

Spezieller Behandlungsbedarf i	_____
---------------------------------------	-------

Anmerkungen _____

i z.B. Mobile Palliativbetreuung, Dialyse, Schmerztherapie, Wundversorgung etc.

Sozialpsychiatrische Erkrankungen

Sozialpsychiatrische
Erkrankungen

i _____

Anmerkungen _____

i Diagnose, stationäre Aufenthalte, nervenfachärztliche Befunde etc.

Ort _____

Datum _____

Eigenhändige Unterschrift des Arztes/Stempel

Familienname _____

Vorname _____

Straße _____

Hausnummer/
Tür _____

Postleitzahl _____

Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Das elektronische Original dieses Dokuments wurde amtlich signiert.
Hinweise zur Prüfung finden Sie unter <https://as.stmk.gv.at>.