

Antrag auf Kurzzeitpflege im

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bezirksalten- und Pflegeheim Gaspoltshofen | <input type="checkbox"/> Alten- und Pflegeheim Marienheim |
| <input type="checkbox"/> Bezirksalten- und Pflegeheim Grieskirchen | <input type="checkbox"/> Alten- und Pflegeheim Waizenkirchen |
| <input type="checkbox"/> Bezirksalten- und Pflegeheim Kallham | <input type="checkbox"/> St. Raphael Wohnen & Pflege |
| <input type="checkbox"/> Bezirksalten- und Pflegeheim Peuerbach | |

von _____ bis _____ Zimmer: _____ EZ DZ

Angaben über die aufzunehmende Person:

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____

Wohnanschrift: _____

Bezirk: _____ Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: _____ Rel. Bekenntnis: _____

Staatsbürgerschaft: _____

War der Antragssteller bereits in einem Alten- und Pflegeheim untergebracht? ja nein

Welches: _____

Letzter Krankenhausaufenthalt von – bis: _____ im _____

Krankenversicherung: _____ SV-Nr.: _____

Pensionsversicherung: _____

Rezeptgebührenbefreiung: ja nein Ausgleichszulage: ja nein

Hausarzt: _____

SARS-CoV-2 Impfung: 1. Teilimpfung am: _____ 2. Teilimpfung am: _____

Pflegegeldstufe: 0 1 2 3 4 5 6 7

Pflegegeld beantragt am: _____ Erhöhung beantragt am: _____ Wer: _____

Bestehende Vorsorgevollmacht: ja nein (wenn ja, bitte beilegen)

Bestehende Erwachsenenvertretung: ja nein (wenn ja, bitte Beschluss beilegen)

Gericht: _____

Name des Erwachsenenvertreters: _____

Angaben über nächste Verwandte, sonstige Bevollmächtigte oder handlungsberechtigte Personen:

Name: _____ Zugehörigkeitsverhältnis: _____

Wohnanschrift: _____

Telefonnummer: _____ Email Adresse: _____

Angaben über nächste Verwandte, sonstige Bevollmächtigte oder handlungsberechtigte Personen:

Name: _____ Zugehörigkeitsverhältnis: _____

Wohnanschrift: _____

Telefonnummer: _____ Email Adresse: _____

Die Antragstellerin/der Antragsteller nimmt durch ihre/seine Unterschrift zur Kenntnis, dass:

- die Kurzzeitpflege befristet ist und **maximal für einen Zeitraum von drei Monaten** gewährt werden kann
- die gesamten Kosten für die in Aussicht genommene Kurzzeitpflege **ausschließlich von ihr/ihm selbst zu bezahlen sind**
- die Information über die **Kosten der Kurzzeitpflege (Entgelttarif und Pflegezuschlag)** kommuniziert und verstanden worden ist
- bei Nichtvorliegen einer PflegegeldEinstufung mindestens ein **Pflegezuschlag laut interner Einstufung der Leitung für Betreuung und Pflege analog der gesetzlichen Pflegegeldregelung** verrechnet wird. Wird für den Zeitraum des Kurzzeitpflegeaufenthaltes ein Pflegegeld seitens der Pensionsversicherung gewährt, wird eine etwaige Differenz rück- oder nachverrechnet.

Die Heimgebührenabrechnung ist an

Frau/ Herrn _____ Wohnanschrift: _____

auszuhändigen oder zu senden.

Sollte die Antragstellerin/der Antragsteller nicht willens oder nicht in der Lage sein, die gesamten Kosten der Kurzzeitpflege zu bezahlen, so haftet die oben angeführte Person (nächste/r Verwandte/r, sonstige bevollmächtigte oder handlungsberechtigte Person) subsidiär für die offenen Kosten. Dies wird von dieser Person durch ihre/seine Unterschrift zur Kenntnis genommen.

Ort: _____, Datum _____

Unterschrift Bearbeiter/In

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Unterschrift Bevollmächtigte/r

Hinweise:

Nähere Informationen zum Datenschutz und zur ELGA-Anbindung finden Sie auf unserer Homepage www.shv-gr-ef.at und im Aushang des jeweiligen Bezirksalten- und Pflegeheimes.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann zur Bezahlung der Kurzzeitpflege im Nachhinein ein Zuschuss beim Sozialministeriumsservice beantragt werden. Bitte wenden Sie sich an die örtlich zuständige Sozialberatungsstelle.