

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: _____ SVNr.: _____

Pensionsversicherung: _____

Rezeptgebührenbefreiung: ja nein Ausgleichszulage: ja nein

Hausarzt: _____

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

Hinweis:

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.