

**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: \_\_\_\_\_

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

**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.*