

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 * _____ akad. Grad _____

frühere/r Familienname/n i _____

Vorname/n * _____ Geschlecht * männlich weiblich

Geburtsdatum * _____ Geburtsort * _____

Staatsangehörigkeit * _____ SV-Nummer * _____

Aufenthaltstitel i _____ Aufenthaltsdauer _____

Straße * _____ Hausnummer/Tür * _____

Postleitzahl * _____ Ort * _____

Telefon * _____ E-Mail* _____

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 _____

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

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

Wenn Nicht-Österreicher/in:

- Haftungserklärung nach Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG)
- Nachweis über den Aufenthaltstitel, z. B. Anmeldebescheinigung bei EWR-Bürger/-innen

9. Datenschutzrechtliche Bestimmungen

- * 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
- 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-Informationssseite (<https://datenschutz.stmk.gv.at>) oder am beigefügten Datenschutz-Informationsblatt gelesen.

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"/> Mobilen 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		