

An die

- Bezirkshauptmannschaft _____
 den Magistrat Graz _____

Eingangsstempel

Kostenübernahme für die Unterbringung im Pflegeheim – 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.

 Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde antsigniert.
 Hinweis 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 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 Pflegeheimes * _____

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 * _____ Sozialversicherungsnummer * _____

Aufenthaltstitel i _____ Aufenthaltsdauer _____

Familienstand * ledig verheiratet geschieden getrennt lebend

verwitwet eingetragene Partnerschaft Lebensgemeinschaft seit _____

Krankenversicherung * nein ja / Krankenkasse _____

selbst-versichert 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

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 antsigniert. 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		
Familienname	_____	
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

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		
Familienname	_____	
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		
Familienname	_____	
Vorname	Akad. Grad	_____
Straße	_____	Hausnummer/ Tür _____
Postleitzahl	Ort	_____

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

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	_____

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 antsigniert.
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	_____

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 *

<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"/>	Pflegegeld	i	Stufe	_____	auszahlende Stelle _____
			Pflegegeld beantragt am	_____	Erhöhung beantragt am i _____
<input type="checkbox"/>	Unterhalt	i	monatlich	€ _____	Verpflichtete/r _____
<input type="checkbox"/>	Gerichtsbeschluss/-urteil vom			_____	Bezirksgericht und GZ _____
<input type="checkbox"/>	Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung	i	monatlich	€ _____	
<input type="checkbox"/>	Leibrente		monatlich	€ _____	Verpflichtete/r _____
			Vertrag vom (tt.mm.jjjj)	_____	
<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus Kapitalvermögen	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. € _____

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

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

Pensions-/Rentenleistungen, Ruhe-/Versorgungs-/Auslagenbezüge (gemäß 25 EStG) 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

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 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.

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)

5. Bestattungs-/Begräbniskostenvorsorge

Begräbniskosten- versicherung	* i	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Versicherung/ Verein	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Polizzenummer	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
vertragliche Bestattungskosten- übernahme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Verpflichtete/r	<input style="width: 60%;" type="text"/>		(Übergabs-) vertrag vom <input style="width: 20%;" type="text"/>

i Bei Antwort „ja“ bitte Nachstehendes ausfüllen

6. Angaben für ein allfälliges Rückersatzverfahren auf Grund vertraglicher/gesetzlicher Verpflichtungen

betreffend Verpflichtete aus Unterhaltstiteln;
betreffend Geschenkenehmerinnen/Geschenkenehmer;
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**

Familienname	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Vorname	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Akad. Grad	<input style="width: 70%;" type="text"/>
Verwandtschafts-/ Beziehungs- verhältnis	<input style="width: 60%;" type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße	<input style="width: 60%;" type="text"/>		Hausnummer/ Tür <input style="width: 20%;" type="text"/>
Postleitzahl	<input style="width: 15%;" type="text"/>	Ort	<input style="width: 65%;" type="text"/>

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	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Vorname	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Akad. Grad	<input style="width: 70%;" type="text"/>
Verwandtschafts-/ Beziehungs- verhältnis	<input style="width: 60%;" type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße	<input style="width: 60%;" type="text"/>		Hausnummer/ Tür <input style="width: 20%;" type="text"/>
Postleitzahl	<input style="width: 15%;" type="text"/>	Ort	<input style="width: 65%;" type="text"/>

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	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Vorname	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Akad. Grad	<input style="width: 70%;" type="text"/>
Verwandtschafts-/ Beziehungs- verhältnis	<input style="width: 60%;" type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

verhältnis			
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

7. Beilagen: Folgende Unterlagen sind bei Unterbringung in einer stationären Einrichtung 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 sonstige Einkünfte (z.B. (Zins)Einnahmen aus Wertpapieren, Fondsanlagen, Sparbücher oder Sparbuchauszüge, Lebensversicherung, Wertpapiere, Aktien, Begräbniskostenversicherung) <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 <input type="checkbox"/> Bestätigung des Pflegeheims, dass für die antragstellende Person ein sozialhilferechtlich anerkanntes Bett zur Verfügung steht.	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde antsigniert. Hinweise zur Prüfung finden Sie unter https://as.stmk.gv.at.</p>
<p>Wenn Nicht-Österreicher/in:</p> <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"/> * 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 <ul style="list-style-type: none"> - 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.
--

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 des Pflegeheimes und/oder 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 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 und dass gemäß § 28 Z 4 SHG auch andere Personen (z.B. Unterhaltspflichtige, sonstige Personen aus vertraglichen oder gesetzlichen Verpflichtungen) zu einer Ersatzpflicht herangezogen werden können.

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

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 _____

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	<input type="text"/>		
Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>

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 <input type="text"/>	
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 <input type="text"/>		
Kommunikation, soziales Verhalten	<input type="checkbox"/> gestaltet persönlichen Alltag selbst	<input type="checkbox"/> ist passiv, lässt sich animieren	<input type="checkbox"/> völlig zurückgezogen
	Anmerkungen <input type="text"/>		
Mobilität	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> personelle Unterstützung
	<input type="checkbox"/> bettlägrig seit	<input type="text"/>	
Anmerkungen <input type="text"/>			
Sinnesbeeinträchtigung	<input type="checkbox"/> sehen	<input type="checkbox"/> hören	<input type="checkbox"/> sprechen
	<input type="checkbox"/> Koma	Anmerkungen <input type="text"/>	

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"/> Mobilien Diensten	<input type="checkbox"/> 24-Stunden-Betreuung
	<input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege	<input type="checkbox"/> Privatperson
durch	<input type="text"/>	
seit	<input type="text"/>	

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 <input type="text"/>
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.gyk.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 <input type="text"/>
------------------------------	-------------------------------

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>.