

.....
.....
.....
(Absender des Antragstellers)

**An die
Bezirkshauptmannschaft Graz-Umgebung
Sozialreferat
Bahnhofgürtel 85
8021 Graz**

, am

A N T R A G
auf Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes
Steiermärkisches Sozialhilfegesetz
LGBl. Nr. 1/1977 i.d.g.F.

**in Form von Übernahme der (Rest) Kosten
für die Unterbringung in der stationären Einrichtung (Pflegeheim)**

(Name der Pflegeeinrichtung)

ab _____

Persönliche Daten des/der Pflegebedürftigen

| | | | |
|---|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Familiename, Akad. Grad | | Vorname | |
| Geburtsdatum | | Geburtsort | |
| Hauptwohnsitz in | | | |
| Wohnsitz innerhalb der letzten 18 Monate geändert? | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Vorheriger Hauptwohnsitz: | | | |
| Aufenthalt zum Zeitpunkt der Antragstellung (z.B. Krankenhaus, Reha usw.) | | | |
| Telefon (Festnetz, Mobiltelefon) | | | |

| | | | | |
|---|---|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| Staatsbürgerschaft | wenn nicht Österreicher/in, Aufenthaltsberechtigung bis | | | |
| Familienstand | | | | |
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> geschieden | <input type="checkbox"/> verwitwet | <input type="checkbox"/> getrennt lebend |
| Krankenversicherung | bei | Versicherungsnummer | | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | | |
| Bankverbindung: Kontonummer | Bankinstitut | Bankleitzahl | | |
| Sachwalter: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Familiennamen, Vorname des/r Sachwalters/in | | | | |
| Sachwalterschaftsverfahren anhängig ? | Bei welchem Bezirksgericht? | | | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | | |

Bisherige Wohnverhältnisse

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eigenheim | <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung | <input type="checkbox"/> Mietwohnung |
| <input type="checkbox"/> Untermiete | <input type="checkbox"/> Obdachlos | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Wohnrecht | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein (Übergabs- oder Schenkungsvertrag vom) |

Einkommen

| | | |
|---|---|--|
| Pension | Pensionsversicherungsträger | monatlicher Betrag € |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Pension beantragt am | bei | |
| Sonstige Einkommen (Einkommensnachweis ist beizulegen) | | Betrag € |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld | <input type="checkbox"/> Notstandsunterstützung | |
| <input type="checkbox"/> Krankengeld | <input type="checkbox"/> Unfallversicherung | |
| <input type="checkbox"/> Unterhalt | <input type="checkbox"/> Pensionsvorschuss | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Einkünfte (Sachleistungen) | | |
| <input type="checkbox"/> Leibrente/Ausgedinge | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein (Übergabs- oder Schenkungsvertrag vom) |
| <input type="checkbox"/> Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein (Miet- Pachtvertrag vom) |
| Pflegegeld | Stufe | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 |
| Pflegegeld beantragt: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja am: |

Höherreihung Pflegegeld beantragt? nein ja am:

Achtung: Wird zum Zeitpunkt der Antragstellung kein Pflegegeld oder Pflegegeld der Stufen 1 bis 3 bezogen, ist das **Formular „Angaben zum Pflege-, Betreuungs- und Behandlungsbedarf“** auszufüllen und als Anlage beizulegen.

Angehörige (Ehegatten, Lebensgefährten, Eltern, Kinder und Erben im eigenen und außerhalb des eigenen Haushaltes)

| Familienname | Vorname | Geburtsdatum | Verwandtschafts- verhältnis | Wohnort |
|--------------|---------|--------------|--------------------------------|---------|
| | | | | |

Beilagen zum Antrag

Formulare:

- Vermögensbekenntnis
- Angaben zum Pflege-, Betreuungs- und Behandlungsbedarf

Beizubringende Unterlagen:

- Pensionsbescheid
- Pflegegeldbescheid
- Sachwalterbestellungsbeschluss
- Gesetzliche Vertretungsbefugnis
- Scheidungsurteil bzw. -beschluss, Unterhaltsvergleiche bzw. -beschlüsse
- Kontoauszug des Pensionskontos für das letzte halbe Jahr
- Übergabs- bzw. Schenkungsvertrag
- Sonstiges

Ich erkläre ausdrücklich,

- dass meine Angaben wahr und vollständig sind;
- dass ich mit der Unterbringung in einem Pflegeheim einverstanden bin;
- 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;
- dass meine Daten zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit, zur Gewährung, Kürzung, Einstellung von Sozialhilfeleistungen sowie zur Durchsetzung der Ersatzansprüche automationsunterstützt verwendet werden dürfen.

Ich bevollmächtige

- die zuständige Bezirkshauptmannschaft bzw. den Magistrat Graz eine Namensabfrage von Eigentumswerten beim Bezirksgericht für Zivilrechtssachen, Grundbuch, österreichweit durchzuführen.

Ich verpflichte mich, dass

- ich Ansprüche gegen Dritte zu verfolgen habe;
- ich Änderungen der für die Leistung maßgeblichen Umstände, insbesondere der Vermögens-, Einkommens-, Familienverhältnisse unverzüglich der Behörde melden werde.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- falsche Angaben oder das Verschweigen maßgebender Tatsachen die Einstellung und Rückforderung der bezogenen Leistung bewirken können, außerdem in solchen Fällen eine (Verwaltungs-)Strafanzeige gegen mich erstattet werden kann;
- ich dem Sozialhilfeträger den Aufwand aus meinem Vermögen zu ersetzen habe und dass gemäß § 28 Z 2-5 SHG auch andere Personen (z.B. Eltern und Kinder) zu einer Ersatzpflicht herangezogen werden können;
- eine Veräußerung, Belastung, die Einverleibung von Rechten oder eine Schenkung ohne vorherige Zustimmung der die zuständige Bezirkshauptmannschaft (Sozialhilfeverband) bzw. den Magistrat Graz (Sozialhilfeverband) nicht erfolgen kann (sollte dennoch eine derartige Handlung erfolgen, wird die Zuzahlung zu den Heimkosten eingestellt);
- bei Vorhandensein von Haus- oder Grundbesitz oder einer in meinem Eigentum stehenden Wohnung Leistungen der Sozialhilfe grundbücherlich sichergestellt werden können.

Es wird darauf hingewiesen, dass wissentlich falsche Angaben oder absichtliches Verschweigen von Einkommen jeder Art als Betrug strafrechtlich verfolgt werden.

Der Antrag wurde gestellt von: Pflegebedürftige Person
 Gesetzlich vertretungsbefugter Angehörige/r (Nachweis beilegen)
 SachwalterIn (Urkunde beilegen)

Name, Anschrift, Telefon, E-Mail.....
.....
.....

....., am
(Ort, Datum) (Unterschrift des Antragstellers bzw. gesetzlichen Vertreters)

Stellungnahme der Gemeinde

- Die im Antrag sowie in den Anlagen („Vermögensbekenntnis“ und bei Bedarf „Angaben zum Pflege-,
Betreuungs- und Behandlungsbedarf“) gemachten Angaben wurden geprüft und werden für richtig befunden.
- Dem Antrag auf Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes durch Übernahme der Heimrestkosten wird
- zugestimmt nicht zugestimmt.

Begründung

.....
(Namen der/des Leiterin/s der Amtshandlung)

.....
(Stempel, Datum und Unterschrift)

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde amtssigniert. Hinweise zur Prüfung dieser elektronischen Signatur bzw. der Echtheit des Ausdrucks finden Sie unter: <https://as.stmk.gv.at>

VERMÖGENSBEKENNTNIS

Name, Geburtsdatum des Antragstellers:

Ich erkläre, dass ich Folgendes besitze bzw. nicht besitze:

1. Sparbuch/Sparbücher nein ja Einlage: EUR
Bank:
Wenn ja, wer hat das Sparbuch/die Sparbücher in Verwahrung? Name und Anschrift:
.....
2. Bausparvertrag nein ja Einlage: EUR
Bank:
3. Konto/Konten nein ja Einlagenstand:
Bank:
4. Haus-/Grundbesitz nein ja in
KG: EZ:
5. Eigentumswohnung nein ja in
KG: EZ:
6. Ausgedinganspruch nein ja Übergabs-Schenkungsvertrag vom:
Verpflichteter:
7. Barmittel nein ja von EUR
8. Lebensversicherung nein ja bei:
9. Sterbeversicherung nein ja bei:
10. Wertpapiere nein ja bei:
11. Fahrzeuge nein ja Marke/Baujahr::

Gemäß § 28 Z1 hat der Hilfeempfänger dem Sozialhilfeträger den Aufwand aus seinem Vermögen zu ersetzen.

Ich erkläre mich ausdrücklich mit der grundbücherlichen Sicherstellung der anfallenden Sozialhilfeaufwendungen auf meinem Haus/Grundbesitz, bzw. meiner Eigentumswohnung einverstanden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Veräußerung, Belastung, die Einverleibung von Rechten oder eine Schenkung ohne vorherige Zustimmung der Bezirkshauptmannschaft XXX nicht erfolgen kann.

Der Antragsteller, der Sachwalter, der Bevollmächtigte:

.....
Unterschrift

Sämtliche Unterlagen sind im Original beizubringen.

| |
|---|
| ANGABEN ZUM PFLEGE-, BETREUUNGS- UND BEHANDLUNGSBEDARF als Anlage zum Antrag auf Übernahme der Heimrestkosten |
|---|

| |
|--|
| Für Herrn/Frau _____ geb.: _____ Für das Pflegeheim _____ |
|--|

Ist der Heimaufenthalt befristet oder dauerhaft geplant

Wohnverhältnis

| | |
|--|--|
| Wohnung, Haus alleine | |
| Mit Angehörigen im selben Haus/Wohnung | |
| Badezimmer | |
| Stiegen | |

Pflegebedarf vom Antragsteller oder Betreuungsperson auszufüllen

| | |
|---|--|
| Im häuslichen Bereich | |
| Durch wen versorgt | |
| Name und Alter der Pflegeperson Verwandtschaftsverhältnis | |
| Seit wann | |
| Wurde/Wird Hauskrankenpflege oder Mobile Dienste in Anspruch genommen | <input type="checkbox"/> Hilfswerk <input type="checkbox"/> Volkshilfe <input type="checkbox"/> Rotes Kreuz <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> Sonst Stützpunkt: |
| Seit wann | |
| Wurde/wird 24-Stunden Betreuung in Anspruch genommen | |
| Seit wann | |
| Rufhilfe in Verwendung | |
| Welche Hilfsmittel sind im Einsatz <i>Beispielsweise Gehhilfe, Pflegebett, Zimmerleibstuhl, Hebehilfe, Rollstuhl,.....</i> | |
| Wird Essen auf Räder bezogen | |
| Sonstiges | |

Anlage 2 zum Antrag auf Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes in Form der Übernahme der (Rest)Kosten für die Unterbringung in einer stationären Einrichtung (Pflegeheim)

| | | Anmerkungen |
|---|--|-------------|
| Essen und Trinken <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> muss angehalten werden <input type="checkbox"/> Nahrung muss eingegeben werden | | |
| Mobilität <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Personelle Unterstützung <input type="checkbox"/> Bettlägrig seit | | |
| Ausscheidung <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Fremdhilfe <input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | | |
| Körperpflege / An- und Ausziehen <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Tägliche Hilfe <input type="checkbox"/> Wird völlig übernommen | | |
| Behandlungspflege <input type="checkbox"/> Selbständige Umgang mit Medikamenten bzw. Therapien <input type="checkbox"/> Unterstützung beim Umgang mit Medikamenten bzw. Therapien Insulin <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> braucht Hilfe <input type="checkbox"/> Überwachung der Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/> Verbände/Therapien | | |
| Orientierung <input type="checkbox"/> Völlig orientiert <input type="checkbox"/> Leichte Orientierungsschwierigkeiten <input type="checkbox"/> Schwankt <input type="checkbox"/> Dauernd 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 | | |
| Kommunikation, soziales Verhalten <input type="checkbox"/> Gestaltet persönlichen Alltag selbst <input type="checkbox"/> Ist passiv, lässt sich animieren <input type="checkbox"/> Völlig zurückgezogen | | |
| Sinnesbeeinträchtigung <input type="checkbox"/> Sehen <input type="checkbox"/> Hören <input type="checkbox"/> Sprechen <input type="checkbox"/> Koma | | |
| Heimaufnahme Pflegebedürftige/r steht zur Heimaufnahme <input type="checkbox"/> bejahend <input type="checkbox"/> ablehnend | | |
| Kurzzeitpflege <i>Grund, wo, wann</i> | | |
| Reha-Aufenthalt <i>Grund, wo, wann</i> | | |

....., am

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift des Antragstellers bzw. gesetzlichen Vertreters)

Anlage 2 zum Antrag auf Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes in Form der Übernahme der (Rest)Kosten für die Unterbringung in einer stationären Einrichtung (Pfleheim)

Vom Arzt zu beantworten

| |
|--------------------------|
| Name des Patienten _____ |
| geb. _____ |

Ist der Heimaufenthalt befristet oder dauerhaft erforderlich.

| | |
|--|--|
| Diagnosen (pflegebegründend) | |
| Medikamente | |
| Wesentliche Vorerkrankungen | |
| Infektionserkrankungen (Hepatitis, TBC...) | |
| Dementielle Erkrankung, durch die der Antragsteller seine Umgebung oder sich gefährdet | <i>Diagnose, stat. Aufenthalte, nervenfachärztl. Befunde,...</i> |
| Kann der Patient den Antrag für die Heimkostenübernahme selbst unterschreiben? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Grund: | |
| | Anmerkungen |
| Ernährung <input type="checkbox"/> Normalkost, <input type="checkbox"/> Diät, welche <input type="checkbox"/> Breikost, <input type="checkbox"/> Sonde, welche, <input type="checkbox"/> Schluckstörung | |
| Atmung <input type="checkbox"/> Unauffällig braucht Sauerstoff: <input type="checkbox"/> zeitweise, <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> muss abgesaugt werden <input type="checkbox"/> Heimrespirator | |
| Spezieller Behandlungsbedarf <i>Mobile Palliativbetreuung, Dialyse, Schmerztherapie, Wundversorgung, etc.,</i> | |
| Sozialpsychiatrische Erkrankungen <i>Diagnose, stat. Aufenthalte, nervenfachärztliche Befunde,</i> | |

....., am

(Ort, Datum)

.....

Unterschrift / Stempel