

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.

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

Name des
Pflegeheimes *

ab (tt.mm.jjjj) *

bis (tt.mm.jjjj) i

i bei befristeter Heimaufenthaltsdauer

2. Antragsteller/in

Familienname *

Akad. Grad

Frühere/r
Familienname/n

Vorname *

Geschlecht *

männlich

weiblich

Geburtsdatum *

Geburtsort *

Staatsangehörigkeit * i

Sozialversicherungs-
nummer *

Familienstand *

ledig

verheiratet

geschieden

getrennt lebend

verwitwet

eingetragene
Partnerschaft

Lebensgemeinschaft seit

Krankenversicherung *

nein

ja / Krankenkasse

selbst-
versichert

mitversichert bei

Telefon *

E-Mail

i Wenn Nichtösterreicher/in bitte Aufenthaltsdauer anführen

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 18 Monate ⁱ

Straße *		Hausnummer/Tür *	
Postleitzahl *	Ort *		

ⁱ Nur auszufüllen, wenn der gewöhnliche Aufenthalt innerhalb der letzten 18 Monate verlegt wurde

4. Nettoeinkommen

<input type="checkbox"/> Pensions-/ Rentenleistungen	monatlich	€		auszahlende Stelle	
	monatlich	€		auszahlende Stelle	
	monatlich	€		auszahlende Stelle	
	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"/> Unterhalt	ⁱ monatlich	€		Verpflichtete/r	
<input type="checkbox"/> Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung	monatlich	€			
<input type="checkbox"/> Leibrente	monatlich	€		Verpflichtete/r	
<input type="checkbox"/> Pflegegeld	ⁱ Stufe			auszahlende Stelle	
	Erhöhung beantragt am			Pflegegeld beantragt am ⁱ	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	monatlich	€		auszahlende Stelle	

Leistungen des Arbeitsmarktservices: 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.

ⁱ **Unterhalt:** Sämtliche vollstreckbare titulierte Unterhaltsansprüche (zB 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.
Pflegegeld beantragt am: Dieses Feld ist nur auszufüllen, wenn Pflegegeld bereits beantragt wurde, die Entscheidung der Behörde jedoch noch ausständig ist.

5. Vermögen

<input type="checkbox"/> Barmittel	€			
<input type="checkbox"/> Kontenguthaben	€		Kontonummer	
			Bankinstitut	
<input type="checkbox"/> Bausparvertrag	€		Bausparkasse	
			Vertragsnummer	

<input type="checkbox"/>	Sparguthaben	€	_____	Bankinstitut	_____
				Verwahrung der Sparbücher durch	_____
<input type="checkbox"/>	Lebensversicherung	Versicherungs-	_____	Polizzen-	_____
		gesellschaft		nummer	
<input type="checkbox"/>	Ablebensversicherung	Versicherungs-	_____	Polizzen-	_____
		gesellschaft		nummer	
<input type="checkbox"/>	Haus/Grundstück in	_____			
		Katastral-	_____	Einlage-	_____
		gemeinde		zahl	
<input type="checkbox"/>	Eigentumswohnung in	_____			
		Katastral-	_____	Einlage-	_____
		gemeinde		zahl	
<input type="checkbox"/>	Wohnrecht	Verpflichtete/r	_____		
<input type="checkbox"/>	Ausgedinge	Verpflichtete/r	_____		
<input type="checkbox"/>	Fahrzeug/e	_____	Marke und Baujahr	_____	
<input type="checkbox"/>	Bestattungsvorsorge	i	_____		
<input type="checkbox"/>	Ich habe Rechtsgeschäfte (z.B. Kauf und Verkauf, Übergabsverträge, Schenkungen) betreffend Liegenschaften oder größere Wertgeschäfte geschlossen.				
<input type="checkbox"/>	Sonstiges	i	_____		

i Bestattungsvorsorge: Geben Sie bitte an, welche Form der Bestattungsvorsorge vorgesehen ist – z.B. Wr. Verein, Feuerbestattung, lt. Übergabevertrag
Sonstige Vermögenswerte: z.B. Wertpapiere

6. Sachwalterschaft bzw. Sachwalter/in

Sachwalterschafts-	i	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
verfahren anhängig?					
Bezirksgericht	_____				
Sachwalter/in	i	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Familienname	_____		Vorname	_____	

i Bei Antwort „ja“ bitte Nachstehendes ausfüllen

7. Angaben für ein allfälliges Rückersatzverfahren

betreffend Verpflichtete aus Unterhaltstiteln;
 betreffend Geschenknnehmerinnen/Geschenknnehmer;
 betreffend Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat (zB Ansprüche aus Leibrentenverträgen oder Übergabsverträgen – in diesen Fällen können auch Angehörige, wie zB Kinder, betroffen sein!);

Ersatzpflichtige Person i

Familienname *	_____	Vorname *	_____		
Verwandtschafts-/	_____	Geschlecht *	<input type="checkbox"/>	männlich	<input type="checkbox"/>
Beziehungsverhältnis *				weiblich	
Geburtsdatum *	_____	Sozialversicherungs-	_____		
		nummer *			

Straße *		Hausnummer/Tür *	
Postleitzahl *		Ort *	

i Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; Geschenknehmerinnen/Geschenknehmer; Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat.

Ersatzpflichtige Person **i**

Familienname *		Vorname *	
Verwandtschafts-/ Beziehungsverhältnis *		Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum *		Sozialversicherungs- nummer *	
Straße *		Hausnummer/Tür *	
Postleitzahl *		Ort *	

i Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; Geschenknehmerinnen/Geschenknehmer; Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat.

Ersatzpflichtige Person **i**

Familienname *		Vorname *	
Verwandtschafts-/ Beziehungsverhältnis *		Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum *		Sozialversicherungs- nummer *	
Straße *		Hausnummer/Tür *	
Postleitzahl *		Ort *	

i Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; Geschenknehmerinnen/Geschenknehmer; Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat.

Ersatzpflichtige Person **i**

Familienname *		Vorname *	
Verwandtschafts-/ Beziehungsverhältnis *		Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum *		Sozialversicherungs- nummer *	
Straße *		Hausnummer/Tür *	
Postleitzahl *		Ort *	

i Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; Geschenknehmerinnen/Geschenknehmer; 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 drei Monate (z.B. AMS-Bestätigung, Pensionsmitteilung, Rentennachweis, Unfallrente, Nachweis über Unterhaltsanspruch, Krankengeld, Abfertigung, Mieteinnahmen, Pflegegeldbezüge)
- Vermögensnachweise (z.B. Kontoauszüge, Sparbücher, Bausparvertrag, Lebensversicherung, Wertpapiere)
- Grundbuchsauszüge der Liegenschaften / Immobilien
- Übergabe- bzw. Schenkungsvertrag

- Heiratsurkunde / Partnerschaftsurkunde
- Scheidungsurteil / Vergleichsausfertigung (jeweils mit Rechtskraftvermerk)
- Sachwalterbeschluss / Vollmacht

Erklärung

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 Bezirkshauptmannschaft/den Magistrat Graz eine Namensabfrage von Eigentumswerten beim Bezirksgericht für Zivilrechtssachen, Grundbuch, österreichweit durchzuführen.

Ich verpflichte mich, dass

- ich Ansprüche gegen Dritte verfolgen werde;
- 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 3-5 SHG auch andere Personen (z.B. Unterhaltsverpflichtete, Geschenknehmerinnen/Geschenknehmer) zu einer Ersatzpflicht herangezogen werden können;
- eine Veräußerung, Belastung, die Einverleibung von Rechten oder eine Schenkung ohne vorherige Zustimmung des Sozialhilfeverbandes/der Stadt Graz 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

Ort

Datum

.....
Eigenthändige Unterschrift

Unterschrift wurde
geleistet durch *

Antragsteller/in

Sachwalter/in

gesetzliche/n Vertreter/in

Bevollmächtigte/r

Akad. Grad

Familienname *

Vorname *

Straße *

Hausnummer/Tür *

Postleitzahl *

Ort *

Telefonnummer *

E-Mail

Anlage I: Angaben zum Betreuungs- und Pflegebedarf

NUR AUSZUFÜLLEN, WENN VON DER ANTRAGSTELLERIN/DEM ANTRAGSTELLER (NOCH) KEIN PFLEGEGELD ODER EIN PFLEGEGELD DER STUFE 1,2 BZW. 3 BEZOGEN WIRD.

1. Antragsteller/in

Familienname *			
Vorname *		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"/> bettlägrig seit _____	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 ⁱ	_____	
seit	_____	

ⁱ Bisheriger Pflegebedarf: von dem/der Antragsteller/in oder von der Betreuungs-/Pflegeperson auszufüllen durch z.B. Caritas, Hilfswerk, Rotes Kreuz, Volkshilfe, etc.

3.2 Andere (Pflege-)Hilfsmittel

Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	Rufhilfe	<input type="checkbox"/>	Essen auf Rädern	<input type="checkbox"/>	Gehilfe
	<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	_____

Ort
Datum

.....
Eigenhändige Unterschrift

Unterschrift wurde geleistet durch *	<input type="checkbox"/> Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Sachwalter/in	<input type="checkbox"/> gesetzliche/n Vertreter/in	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r
Familienname *	_____			Akadem. Grad _____
Vorname *	_____	Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Straße *	_____			Hausnummer/Tür * _____
Postleitzahl *	_____	Ort *	_____	
Telefon *	_____		E-Mail	_____

Anlage II: Behandlungsbedarf

VOM ARZT 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	

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		
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