

An die

- 
- Bezirkshauptmannschaft \_\_\_\_\_
- 
- 
- den Magistrat Graz

Eingangsstempel

## Kostenübernahme für die Unterbringung im Pflegeheim – Antrag

(ab 01.01.2018)

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

**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 Sachwalterschaft bzw. Sachwalter/in

<b>Sachwalter/in</b> * <b>i</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sachwalterschafts- verfahren anhängig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bezirksgericht	_____		
Bestellungsdatum	_____		
Familienname	_____		
Vorname	Akad. Grad	_____	
Telefon	E-Mail	_____	
Straße	_____	Hausnummer/ Tür	_____
Postleitzahl	_____	Ort	_____

- i** Bei Antwort „ja“ bitte Nachstehendes ausfüllen

## 2.2 Vorsorgevollmacht

Vorsorgevollmacht errichtet? * <b>i</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Vorsorgefall eingetreten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, wann? (Registrierung im ÖZVV) <b>i</b>	_____		
<b>Bevollmächtigte/r</b>			
Familienname	_____		
Vorname	Akad. Grad	_____	
Straße	_____	Hausnummer/ Tür	_____
Postleitzahl	_____	Ort	_____
Telefon	_____	E-Mail	_____

<b>Bevollmächtigte/r</b>			
Familienname	_____		
Vorname	_____	Akad. Grad	_____
Straße	_____		Hausnummer/ Tür _____
Postleitzahl	_____	Ort	_____
Telefon	_____		E-Mail _____
<b>Bevollmächtigte/r</b>			
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 Gesetzliche Vertretung nächster Angehöriger**

Vertretungs- befugnis im ÖZVV registriert?	* <b>i</b> <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Registrierungs- datum	_____	
<b>Vertretungsbefugte/r</b>		
Familienname	_____	
Vorname	_____	Akad. Grad _____
Straße	_____	
Postleitzahl	_____	Ort _____
Telefon	_____	
<b>Vertretungsbefugte/r</b>		
Familienname	_____	
Vorname	_____	Akad. Grad _____
Straße	_____	
Postleitzahl	_____	Ort _____
Telefon	_____	
<b>Vertretungsbefugte/r</b>		

Familienname	_____		
Vorname	_____	Akad. Grad	_____
Straße	_____		Hausnummer/ Tür _____
Postleitzahl	_____	Ort	_____
Telefon	_____		E-Mail _____

**i** Bei Antwort „ja“ bitte Nachstehendes ausfüllen  
**ÖZVV:** Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis

#### 2.4 Individuelle Vollmacht (AVG)

Vollmacht erteilt? * <b>i</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Bevollmächtigte/r</b>			
Familienname	_____		
Vorname	_____	Akad. Grad	_____
Straße	_____		Hausnummer/ Tür _____
Postleitzahl	_____	Ort	_____
Telefon	_____		E-Mail _____
<b>Bevollmächtigte/r</b>			
Familienname	_____		
Vorname	_____	Akad. Grad	_____
Straße	_____		Hausnummer/ Tür _____
Postleitzahl	_____	Ort	_____
Telefon	_____		E-Mail _____
<b>Bevollmächtigte/r</b>			
Familienname	_____		
Vorname	_____	Akad. Grad	_____
Straße	_____		Hausnummer/ Tür _____
Postleitzahl	_____	Ort	_____
Telefon	_____		E-Mail _____

**i** Bei Antwort „ja“ bitte Nachstehendes ausfüllen

## 2.5 Angehörige

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

### Angehörige

Verwandtschafts-/ Beziehungs- verhältnis			
Familienname			
Vorname		Akad. Grad	
Geburtsdatum		Sozialversicherungs- nummer	
Straße		Hausnummer/ Tür	
Postleitzahl		Ort	
Telefon		E-Mail	

### Angehörige

Verwandtschafts-/ Beziehungs- verhältnis			
Familienname			
Vorname		Akad. Grad	
Geburtsdatum		Sozialversicherungs- nummer	
Straße		Hausnummer/ Tür	
Postleitzahl		Ort	
Telefon		E-Mail	

### Angehörige

Verwandtschafts-/ Beziehungs- verhältnis			
--	--	--	--

Familienname	_____		
Vorname	_____	Akad. Grad	_____
Geburtsdatum	_____	Sozialversicherungsnummer	_____
Straße	_____		Hausnummer/ Tür _____
Postleitzahl	_____	Ort	_____
Telefon	_____	E-Mail	_____

### 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	<b>i</b> 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	<b>i</b> täglich	€	_____	auszahlende Stelle	_____
<input type="checkbox"/> Krankengeld	täglich	€	_____	auszahlende Stelle	_____

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

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

**Pensions-/Renteleistungen, Ruhe-/Versorgungs-/Auslagenbezüge** (gemäß 25 EStG) in- und/oder ausländische Pensions- und Rentenleistungen, Bezüge aus einer in- oder/und ausländischen gesetzlichen Kranken- oder Unfallversicherung, 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.

**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, Unterschiedsbeträge zwischen der Versicherungsprämie und der Versicherungsleistung), Einkünfte aus realisierten Wertsteigerungen von Kapitalvermögen und aus Derivaten (z.B. Entnahme und sonstiges Ausscheiden aus dem Depot, Veräußerung von Dividenden- und Zinsscheinen, Zinserträge aus Sparguthaben, Wertpapieren, Dividenden und Ausschüttungen aus Anteilen an Kapitalgesellschaften oder Investmentfonds sowie Substanzgewinne aus der Veräußerung von Kapitalanlagen, z.B. Aktien und Derivaten.)

**Sonstige Einkünfte** (§ 29 EStG): Darunter fallen z.B. Einkünfte aus Grundstücksveräußerungen, aus Spekulationsgeschäften, gelegentliche Vermittlungsprovisionen, 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	* <b>i</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
----------------------------------	------------	-----------------------------	-------------------------------

Versicherung/ Verein	_____		
Polizzenummer	_____		
vertragliche Bestattungskosten- übernahme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Verpflichtete/r	_____	(Übergabs-) vertrag vom	_____

**i** Bei Antwort „ja“ bitte Nachstehendes ausfüllen

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

betreffend Verpflichtete aus Unterhaltstiteln;  
 betreffend Geschenknnehmerinnen/Geschenknnehmer;  
 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	_____		
Vorname	_____	Akad. Grad	_____
Verwandtschafts-/ Beziehungs- verhältnis	_____	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

**Ersatzpflichtige Person i**

Familienname	_____		
Vorname	_____	Akad. Grad	_____
Verwandtschafts-/ Beziehungs- verhältnis	_____	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

**Ersatzpflichtige Person i**

Familienname	_____		
Vorname	_____	Akad. Grad	_____
Verwandtschafts-/ Beziehungs- verhältnis	_____	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**

**7. 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, Abfertigung, Mieteinnahmen, Pflegegeldbezüge, Nachweis über Leibrente, Provisionen, Vorlage von Kontoauszügen)
- 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, Bausparvertrag, Lebensversicherung, Wertpapiere, Aktien, Begräbniskostenversicherung)
- Grundbuchsauszüge der Liegenschaften / Immobilien
- Heiratsurkunde / Partnerschaftsurkunde
- Scheidungsurteil / Vergleichsausfertigung (jeweils mit Rechtskraftvermerk)
- Sachwalterbeschluss / Vorsorgevollmacht mit Registrierung ihrer **Wirksamkeit** (durch einen Notar) / Vertretungsbefugnis des/der nächsten Angehörigen **mit Registrierungsbestätigung im ÖZVV** / schriftl. (individuelle) Vollmacht
- Bestätigung des Pflegeheims, dass für die antragstellende Person ein sozialhilferechtlich anerkanntes Bett zur Verfügung steht.

**Wenn Nicht-Österreicher/in:**

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

**Erklärung**

**Ich erkläre ausdrücklich,**

- dass meine Angaben wahr und vollständig sind;
- 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;
- dass meine Daten zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit, zur Gewährung, Kürzung, Einstellung von Sozialhilfeleistungen sowie zur Durchsetzung der Ersatzansprüche automatisationsunterstützt verwendet werden 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 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**

- 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 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. Unterhaltsverpflichtete, sonstige Personen aus vertraglichen oder gesetzlichen Verpflichtungen) zu einer Ersatzpflicht herangezogen werden können

Ort .....

Datum

Unterschrift

**Unterschrift  
wurde geleistet  
durch**

Antragsteller/in

Sachwalter/in

vertretungsbefugte/n  
nächste/n Angehörige/n

gesetzliche/n  
Vertreter/in

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**

Familiennamen			
Vorname		Geburtsdatum	

**2. Betreuungsbedarf i**

<b>Wohnverhältnisse</b>	<input type="checkbox"/> alleinstehend	<input type="checkbox"/> mit Angehörigen im selben Haus/Wohnung	<input type="checkbox"/> Badezimmer
	<input type="checkbox"/> Treppen	Anmerkungen	
<b>Orientierung</b>	<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	
<b>Verhalten in der Nacht</b>	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen
	Anmerkungen		
<b>Kommunikation, soziales Verhalten</b>	<input type="checkbox"/> gestaltet persönlichen Alltag selbst	<input type="checkbox"/> ist passiv, lässt sich animieren	<input type="checkbox"/> völlig zurückgezogen
	Anmerkungen		
<b>Mobilität</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> personelle Unterstützung
	<input type="checkbox"/> bettlägrig seit		
	Anmerkungen		
<b>Sinnesbeeinträchtigung</b>	<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**

<b>Inanspruchnahme von</b>	<input type="checkbox"/> Mobilen Diensten	<input type="checkbox"/> 24-Stunden-Betreuung
	<input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege	<input type="checkbox"/> Privatperson
durch		
seit		

**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

<b>Hilfsmittel</b>	<input type="checkbox"/> Rufhilfe	<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

<b>Umgang mit Medikamenten/ Verbänden</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Fremdhilfe	
Anmerkungen	_____		
<b>Insulin</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Fremdhilfe	<input type="checkbox"/> kein Insulin
Anmerkungen	_____		
<b>Therapie</b>	_____		

### 3.7 Sonstiges

<input type="checkbox"/> <b>Kurzzeitpflege</b>	von	_____
Pflegeeinrichtung	bis	_____
<input type="checkbox"/> <b>Reha-Aufenthalt</b>	von	_____
Reha-Anstalt	bis	_____

Ort

Datum

.....  
**Unterschrift**

<b>Unterschrift wurde geleistet durch</b>	<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		

## Anlage II: Behandlungsbedarf

VOM ARZT VOLLSTÄNDIG AUSZUFÜLLEN

### Antragsteller/in

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

### Behandlungsbedarf

Pflegebegründende Diagnosen *	<input type="text"/>		
Medikamente *	<input type="text"/>		
Wesentliche Vorerkrankungen *	<input type="text"/>		
Infektionserkrankung (Hepatitis, TBC,...) *	<input type="text"/>		
Dementielle Erkrankung * <b>i</b>	<input type="text"/>		
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	<input type="text"/>	

### 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	<input type="text"/>	

### Spezieller Behandlungsbedarf

Spezieller Behandlungsbedarf <b>i</b>	<input type="text"/>
Anmerkungen	<input type="text"/>

**i** z.B. Mobile Palliativbetreuung, Dialyse, Schmerztherapie, Wundversorgung etc.

### Sozialpsychiatrische Erkrankungen

Sozialpsychiatrisch  
e 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	_____