

MARIENHEIM

Altenwohn- und Pflegeheim der Schwestern von der Schmerzhaften Mutter
 2460 Bruck/L., Marienheimg. 3 Telefon: 02162 / 634 01 Fax: DW 400
 www.marienheim-bruckleitha.at e-mail: verwaltung@marienheim-bruckleitha.at



VEREINBARUNG FÜR KURZZEITPFLEGE IM MARIENHEIM IN DER ZEIT VON.....BIS.....

BEWOHNERNAME (Vor- und Zuname).....

GEBURTSNAME

FAMILIENSTAND: ledig , verheiratet , verwitwet , geschieden

GEBURTSDATUM 5. GEBURTSORT:

RELIGIONSBEKENNTNIS:

DERZEITIGE ADRESSE:

BEZIRK: 9. LAND:

ANSCHRIFT UND TELEFON DER NÄCHSTEN ANGEHÖRIGEN:

a)

Tel.:

b)

Tel.:

c)

Tel.:

PENSIONSVERSICHERUNGSTRÄGER:

PFLEGEGELD:ja nein Stufe:

angesucht bzw. Erhöhung beantragt am:

WER KOMMT FÜR DIE UNTERHALTSKOSTEN IM HEIM AUF?

Sozialhilfe beantragt..... Eigenfinanzierung.....

KRANKENKASSE UND VERSICHERUNGSNUMMER:

REZEPTGEBÜHRENFREI: nein ja bis zum.....

HAUSARZT:

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich nach Ablauf der vereinbarten Kurzzeitpflege wieder aus dem Marienheim entlassen werde. Eine Übernahme in eine Dauerpflege kann nicht gewährt werden. Ich habe daher vorgesorgt, dass ich mich nach dem Ende der Kurzzeitpflege wieder selbstständig versorgen kann bzw. von mir beauftragte Personen oder soziale Dienste meine Betreuung gewährleisten.

An voraussichtlichen **Mindestkosten** pro Tag werden vereinbart:

Grundgebühr	€.....+10% MwSt.
Pflegezuschlag PG-Stufe....*)	€.....+10% MwSt.
Gesamtkosten pro Tag	€.....+10% MwSt.

*) Bei einem laufenden Pflegegeldverfahren erfolgt die Festlegung des Pflegezuschlages erst nach Vorlage des daraus resultierenden Pflegegeldbescheides.

Achtung: Ein Kostenzuschuss seitens des Landes NÖ kann mittels Antragsformular bei der Sozialabteilung der Bezirkshauptmannschaft Bruck/Leitha beantragt werden.

Vom Bewohner / der Bewohnerin sind bei Bedarf extra zu bezahlen:

- Rezeptgebühren, Medikamente
- Inkontinenzprodukte, die über den vom jeweiligen Krankenversicherungsträger bewilligten Bedarf hinausgehen
- Diverse Pflegeprodukte
- Friseur, Fußpflege
- Lebensmittel aus dem Verkauf der Fa. Sodexo (Küchenbetrieb)

Ich nehme auch folgende Stornobedingungen zur Kenntnis:

Bei Stornierung eines Kurzzeitpflegeaufenthaltes bis spätestens 1 Monat vor Antritt verrechnen wir keine Stornogebühr. Bei Stornierung bis spätestens 1 Woche vor Antritt verrechnen wir 50% des Grundtarifes, danach 100% des Grundtarifes (pro Tag, abzügl. Abwesenheitsrückvergütungen).

Bruck/Leitha,

.....
Datum

.....
Für den/die Antragsteller/in

Bestätigung der Reservierung durch das Marienheim Bruck/Leitha:

Die Heimleitung bestätigt die Reservierung der Kurzzeitpflege in der Zeit von

.....bis einschließlich.....

Bruck/Leitha,

.....
Datum

.....
Für das Marienheim

ANTRAG

nach dem NÖ Sozialhilfegesetz 2000 auf Zuschuss zur

Kurzzeitpflege

Übergangspflege

in der Einrichtung

Familienname, Vorname (in Blockschrift)	geboren am/in
Anschrift (Hauptwohnsitz)	Familienstand
Staatsbürgerschaft	Telefonnummer
Krankenkasse	Versicherungsnummer

PERSÖNLICHE VERHÄLTNISSE DES HILFESUCHENDEN

Einkommen	
Betrag in €	Arbeitgeber, Pensionsstelle, Sonstiges
Pflegegeld Stufe: Pflegegeld-Erhöhung beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann:	

Diesem Antrag ist in Kopie beizulegen:

- Meldebestätigung
- Aktueller Pflegegeldbescheid + Einkommensnachweise der pflegebedürftigen Person
- Im Fall von Pflege nach Spitalsaufenthalt (Übergangspflege):
 Ärztliche Bestätigung, dass die pflegebedürftige Person mangels adäquater pflegerischer Versorgung zuhause noch nicht nachhause entlassen werden kann.

Anzahl der Beilagen:

Ich bin bereit, eine meinem Einkommen und Pflegegeld angemessene Eigenleistung zu erbringen und mich an den Kosten der Hilfemaßnahme zu beteiligen.

Für den Fall, dass die Sozialhilfe-Unterstützung auf Grund meines gesundheitlichen Zustandes erforderlich ist, erkläre ich meine Zustimmung, dass die Sozialhilfebehörde meine medizinischen Befunde und Auskünfte über meinen Gesundheitszustand durch meine Ärzte, durch Krankenanstalten, durch Pflege- und Betreuungspersonen erhält.

Die Sozialhilfebehörde darf meine Gesundheitsdaten ausschließlich zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit und zur Erbringung der Hilfe nach dem NÖ Sozialhilfegesetz 2000 verwenden.

Ich bestätige, dass die Angaben im Antrag vollständig und wahr sind.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers bzw. seines gesetzlichen Vertreters