

# AUFNAHMEANTRAG Stationäre Hospiz

## ANTRAG auf Förderung des Aufenthaltes



### 1. Persönliche Daten

Zutreffendes bitte ankreuzen

Familienname		Vorname	
Geburtsname		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum		Geburtsort	
Staatsbürgerschaft		Familienstand	
E-Mail	Telefon		
<b>Hauptwohnsitz in den letzten 3 Jahren</b>			
von	bis	Anschrift	
Bank	IBAN.	BIC	

Versicherungsnummer	Rezeptgebührenbefreiung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenkasse		
Private Krankenversicherung		

### 2. Angaben über das Einkommen

<b>Pensionen</b>			
monatlich Euro		von Pensionsstelle	
monatlich Euro		von Pensionsstelle	

<b>Sonstige Einkommen: z.B. Vermietung, Verpachtung, Ausgedinge, ...</b>			
monatlich Euro		von Auszahlungsstelle	
monatlich Euro		von Auszahlungsstelle	

Wird Pflegegeld bezogen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja				
<b>Wenn ja, welche Stufe:</b>						
<input type="checkbox"/> Stufe 1	<input type="checkbox"/> Stufe 2	<input type="checkbox"/> Stufe 3	<input type="checkbox"/> Stufe 4	<input type="checkbox"/> Stufe 5	<input type="checkbox"/> Stufe 6	<input type="checkbox"/> Stufe 7
Erhöhungsantrag gestellt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am:				

### 3. Förderung der Hospiz

<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Förderung meines Aufenthaltes im stationären Hospiz
--

### 4. Ergänzende Angaben

Leben Sie zur Zeit unter einer anderen Adresse? z.B. im Krankenhaus, bei Angehörigen, ....	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Wenn ja, wo und seit wann?

Kontaktdaten der Angehörigen bzw. einer Ansprechperson			
Name:		Name:	
Adresse:		Adresse:	
Telefonnummer:		Telefonnummer:	
E-mail:		E-mail:	

Bei Krankenhausaufenthalt: Steht eine Entlassung bevor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
---	-------------------------------	-----------------------------

Wenn ja, wann?	
----------------	--

Erhalten Sie Hilfe durch einen mobilen sozialen Dienst?		
<input type="checkbox"/> nein	Warum nicht?	
<input type="checkbox"/> ja	Welche Organisation?	

Gewünschtes Heim	
------------------	--

Ich bin mit meiner Aufnahme in einem stationären Hospiz einverstanden und bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Angaben im Antrag vollständig und wahr sind. Der Aufnahmeantrag gilt als zurückgezogen, wenn ein angebotener Hospizplatz nicht angenommen wird.

Ich bin auch damit einverstanden, dass die Sozialhilfebehörden und das stationäre Hospiz meine medizinischen Befunde und Auskunft über meinen Gesundheitszustand durch meine Ärzte, durch Krankenhäuser und durch Pflege- und Betreuungspersonal erhalten. Die Sozialhilfebehörden dürfen meine Gesundheitsdaten ausschließlich zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit, zur Erbringung der Hilfe nach der Richtlinie für die Förderung von Aufenthalten in einem stationären Hospiz im Rahmen des NÖ Sozialhilfegesetzes 2000, LGBl. 9200, verwenden.

Ich bin bereit, eine meinem Einkommen angemessene Eigenleistung zu erbringen und mich an den Kosten meines Aufenthaltes im stationären Hospiz zu beteiligen.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

**Eigenhändige Unterschrift**  
des Antragstellers oder eines amtsbekannten  
Familienangehörigen oder des Sachwalters  
(Kopie der Sachwalterbestellung beilegen)