

# AUFNAHMEANTRAG für ein NÖ Pflegeheim

## ANTRAG auf Kostenübernahme



### 1. Persönliche Daten

Zutreffendes bitte ankreuzen

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

| Bestätigung der persönlichen Daten durch den Bürgermeister |   |
|--|---|
|  |   |
| <b>Datum</b>   | <b>Stampiglie/Unterschrift des Bürgermeisters</b> |
|  |   |

### 2. Versicherungsdaten

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

### 3. Ehegatte, Kinder und sonstige Bezugspersonen

Bitte die für die Aufnahme zuständige Kontaktperson in der ersten Rubrik eintragen.

|                     |  |                                  |  |
|---------------------|--|----------------------------------|--|
| <b>Familienname</b> |  | <b>Vorname</b>                   |  |
| <b>Geburtsdatum</b> |  | <b>Verwandtschaftsverhältnis</b> |  |
| <b>Meldeadresse</b> |  |                                  |  |
| <b>Telefon</b>      |  |                                  |  |

|                     |  |                                  |  |
|---------------------|--|----------------------------------|--|
| <b>Familienname</b> |  | <b>Vorname</b>                   |  |
| <b>Geburtsdatum</b> |  | <b>Verwandtschaftsverhältnis</b> |  |
| <b>Meldeadresse</b> |  |                                  |  |
| <b>Telefon</b>      |  |                                  |  |

|                     |  |                                  |  |
|---------------------|--|----------------------------------|--|
| <b>Familienname</b> |  | <b>Vorname</b>                   |  |
| <b>Geburtsdatum</b> |  | <b>Verwandtschaftsverhältnis</b> |  |
| <b>Meldeadresse</b> |  |                                  |  |
| <b>Telefon</b>      |  |                                  |  |

|                     |  |                                  |  |
|---------------------|--|----------------------------------|--|
| <b>Familienname</b> |  | <b>Vorname</b>                   |  |
| <b>Geburtsdatum</b> |  | <b>Verwandtschaftsverhältnis</b> |  |
| <b>Meldeadresse</b> |  |                                  |  |
| <b>Telefon</b>      |  |                                  |  |

|                     |  |                                  |  |
|---------------------|--|----------------------------------|--|
| <b>Familienname</b> |  | <b>Vorname</b>                   |  |
| <b>Geburtsdatum</b> |  | <b>Verwandtschaftsverhältnis</b> |  |
| <b>Meldeadresse</b> |  |                                  |  |
| <b>Telefon</b>      |  |                                  |  |

#### 4. Angaben über das Einkommen

| Pensionen      |  |                    |  |
|----------------|--|--------------------|--|
| monatlich Euro |  | von Pensionsstelle |  |
| monatlich Euro |  | von Pensionsstelle |  |

| Sonstige Einkommen: z.B. Vermietung, Verpachtung, Ausgedinge, .... |  |                       |  |
|--|--|-----------------------|--|
| monatlich Euro   |  | von Auszahlungsstelle |  |
| monatlich Euro   |  | von Auszahlungsstelle |  |
| monatlich Euro   |  | von Auszahlungsstelle |  |

|   |                                  |                                  |                                  |
|---|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Wird Pflegegeld bezogen?                |                                  | <input type="checkbox"/> nein    | <input type="checkbox"/> ja      |
| Wenn ja, welche Stufe:                  |                                  |                                  |                                  |
| <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: |                                  |
| Wann wurde erstmals Pflegegeld bezogen? |                                  |                                  |                                  |

#### 5. Angaben über das Vermögen

(Angabe des Kontostandes, Vermögensstandes, Vertragsdaten, Versicherungsgesellschaft, Polizznummer)

|  |  |
|--|--|
| Sparguthaben, Sparbücher   |  |
| Bausparvertrag   |  |
| Lebensversicherung   |  |
| Sterbeversicherung   |  |
| Sonstige Vermögenswerte:<br>z.B. Aktien, Wertpapiere, ....                         |  |
| Grundbesitz:<br>z.B. Haus, Eigentumswohnung, ....<br>Angabe von KG/EZ/Einheitswert |  |

|   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| Wurde in den letzten 5 Jahren Vermögen verkauft/verschenkt/übergeben? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Wenn ja, Was? An wen?   |                               |                             |
|   |                               |                             |

Die Vermögensangaben können entfallen, wenn seitens des Antragstellers und/oder den Angehörigen schriftlich die Verpflichtung übernommen wird, dass sie alle anfallenden Heimkosten monatlich in voller Höhe selbst bezahlen.

## 6. Kostenübernahme

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich beantrage die Kostenübernahme durch die Sozialhilfe ab |  |
|---|--|

## 7. Ergänzende Angaben

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

|   |                               |                             |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| 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               |  |
| Gewünschtes Ersatzheim         |  |
| Haben Sie Wünsche an das Heim? |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| Gewünschter Aufnahmetermin                |  |  |
| <input type="checkbox"/> möglichst sofort | <input type="checkbox"/> innerhalb der nächsten 4 Wochen | <input type="checkbox"/> innerhalb der nächsten 2 bis 4 Monate |

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

Ich bin auch damit einverstanden, dass die Sozialhilfebehörden und das Heim 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 sowie zur Durchsetzung der Ersatzansprüche nach dem NÖ Sozialhilfegesetz 2000 verwenden.

Ich bin bereit, eine meinem Einkommen und verwertbaren Vermögen angemessene Eigenleistung zu erbringen und mich an den Kosten der Heimunterbringung zu beteiligen.

\_\_\_\_\_  
**Datum**

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