

Kurzzeitpflege



Allgemeine Information

Antrag nach dem NÖ Sozialhilfegesetz 2000 auf Zuschuss zur Kurzzeitpflege

Empfangsstelle

Bezirksverwaltungsbehörde

Antragstellende Person

Anrede * Frau Herr

Vorname * _____

Familiename * _____

Familienstand * ledig geschieden verwitwet
 verheiratet getrennt lebend Haushaltsgemeinschaft
 eingetragene Partnerschaft Lebensgemeinschaft

Staatsbürgerschaft * _____

Krankenversicherung * _____

Versicherungsnummer (10-stellig) * _____

Stellvertretung * ja: _____
 nein

Adresse

Straße * _____

Hausnummer * _____ Stiege _____ Tür _____

Postleitzahl * _____ Ort * _____

Kontaktdaten

Telefon * _____

E-Mail _____

Einkommen

Einkommen/mtl € (Pension, Mieteinnahmen usw.)* _____

Pflegegeldstufe * _____

Pflegegeld-Erhöhung beantragt? ja, am _____ nein

Pflegebedarf

Ist Bedarf an stationärer Langzeitpflege vorhanden? * ja nein

Pflegende Person

| | | | |
|----------------|--|------------------------------|--|
| Familienname * | | Vorname * | |
| Geburtsdatum | | Verwandtschafts-Verhältnis * | |
| Adresse | | Telefon * | |

Grund für die Kurzzeitpflege (Entlastungsgründe für die pflegende Person): *

Urlaub der pflegenden Person

Kur/Krankheit der pflegenden Person

Sonstiges: _____

Kontaktdaten einer Ansprechperson (bei Bedarf anzugeben)

| | | | |
|--------------|--|----------------------------|--|
| Familienname | | Vorname | |
| Geburtsdatum | | Verwandtschafts-verhältnis | |
| Adresse | | Telefon | |

Beilagen

Einkommensnachweise (z.B. Pension) beigelegt

Nachweis über den Pflegegeldbezug beigelegt

Zustimmung

Ich stimme der elektronischen Kommunikation per E-Mail zu.

Erklärungen, Verpflichtungen, E-Government und Datenschutz

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

Ich bin bereit, eine meinem Einkommen und meinen pflegegeldbezogenen Leistungen 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 Hilfsbedürftigkeit und zur Erbringung der Hilfe nach dem NÖ Sozialhilfegesetz 2000 verwenden.

Datenschutz

Allgemeine Informationen nach Artikel 13 DSGVO

Gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung möchten wir Sie informieren, dass die von Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten (elektronisch) verarbeitet werden.

Detaillierte Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, Ihren Rechten als betroffene Person einer Datenverarbeitung sowie zum Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde sind im Internet unter www.noe.gv.at/datenschutz abrufbar.

Übermittlung

Bezirkshauptmannschaft:

Bitte speichern Sie das ausgefüllte Formular lokal auf Ihrem Gerät ab und laden Sie dieses, wenn nötig unterschriebene, Formular über das [Online-Formular „Allgemeines Anbringen“](#) hoch und wählen Sie als Dienststelle die zuständige Bezirkshauptmannschaft aus!

Bitte laden Sie im Formular die erforderlichen Unterlagen hoch!

Magistrat:

Bitte übermitteln Sie den Antrag an Ihr zuständiges Magistrat.

Unterschrift

Datum, Unterschrift des Antragstellers oder seines Vertreters (entsprechende Nachweise sind beizulegen)

(entfällt bei digitaler Signatur)