SOZIALDIENSTE
WOLFURT

Sozialdienste Wolfurt gGmbH; Gartenstraße 1,6922 Wolfurt, Tel.: 05574/71326-0
E-Mail: willkommen@sozialdienste-wolfurt.at; Home: www.sozialdienste-wolfurt.at

ANMELDUNG zur HEIMAUFNAHME im SENIORENHEIM DER SOZIALDIENSTE WOLFURT gGmbH

grau hinterlegte Felder = Pflichtfelder

Zuname		**Vorname:**	
Geburtsname:			
Anschrift: Straße, PLZ, Ort		**Tel.**	
SV Nr. / Geburtsdatum		**Familienstand:**	
Geburtsort:		**Staatsbürger-schaft:**	
Geschlecht:	☐ männlich ☐ weiblich	**Pflegegeld/Erhöhung beantragt am:**	
Pflegegeld Stufe:		**laut Bescheid vom (Datum)**	
Krankenkasse:	☐ ÖGK-V ☐ BVA-EB/OEB	☐ SVS Gewerbe/Landwirtschaft ☐ andere:	
Rezeptgebühren-befreiung:	☐ nein	☐ ja - dauernd ☐ befristet bis:	

Für obengenannte Person beantrage ich

☐ Kurzzeitpflege (mind. 21 Tage) **1)**	von:		bis:	
Im Anschluss ist eine Übersiedlung geplant: ☐ nach Hause ☐ ins Pflegeheim _____ ☐ nach				
☐ Daueraufnahme	ab:			
Klient stimmt der Heimaufnahme zu:	☐ ja	☐ nein		
In welchen Heimen soll angefragt werden:				

Eine Anzahlung von € 400,- für das Kurzzeitpflegezimmer (Urlaub von der Pflege) ist bei der Anmeldung fällig.

Hauptbetreuungsperson

Zuname		Vorname	
Straße			
PLZ, Ort			
Telefon:		E-Mail-Adresse:	
Verwandtschaftsverhältnis:	☐Kind ☐Partner ☐sonstige:		
Erwachsenen-vertretung:	☐Ja ☐Nein	Wenn ja: Beschluss, Gericht, Zahl, Datum	

Weitere Kontaktperson/Rechnungsempfänger

Zuname		Vorname	
Straße			
PLZ, Ort			
Telefon:		E-Mail-Adresse:	
Verwandtschaftsverhältnis:	☐Kind ☐Partner ☐sonstige:		
Erwachsenen-vertretung:	☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja: Beschluss, Gericht, Zahl, Datum	

Ärztliche Betreuung

Hausarzt:	
Facharzt:	

Diagnosen

Letzter Arztbrief (Datum):	

Die aktuelle Medikamentenliste sollte nicht älter als 2 Wochen sein.

Hilfsmittel, die mitgebracht werden:

☐ Rollstuhl ☐ Stock ☐ Rollator	☐ Zahnprothese ☐ Brille ☐ Hörgerät	☐ Sonstige:

Angaben zum Pflege- und Betreuungsbedarf

Bewusstsein und Orientierung:	☐ klar ☐ desorientiert:	☐ sieht schlecht

	☐ örtlich, ☐ persönlich ☐ zeitlich, ☐ situativ	
Kommunikation:	☐ hört schlecht ☐ Sprachbarriere Muttersprache: _____	Hörgerät: re: ☐ li: ☐
Mobilität:	☐ Selbständig ohne Hilfsmittel ☐ Mobil mit Hilfe von:	☐ Krücken ☐ Gehbock ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Leibstuhl
	☐ erhöhtes Sturzrisiko ☐ Hilfe beim Transfer ☐ nicht gehfähig/Bettlägerigkeit:	☐ Spezialmatratze ☐ Wechseldruckmatratze
Körperpflege, Kleiderwechsel	☐ mit Anleitung	☐ Übernahme durch Pflegeperson
Nahrungsaufnahme:	☐ selbständig	☐ Essen und Trinken eingeben
Ausscheidung:	☐ Harninkontinenz	☐ Stuhlinkontinenz
Schlafgewohnheiten:		
Verhaltensweisen, Besonderheiten:		

Unmittelbar vor der Aufnahme war der Klient

☐ zu Hause
☐ in Nachsorgeeinrichtung
☐ in Reha Übergangspflege
☐ im Akut-Krankenhaus

Letzte Wohnform vor stationärer Aufnahme

☐ zu Hause alleine lebend	☐ Einrichtung der Suchthilfe
☐ zu Hause nicht alleine lebend	☐ Einrichtung der Behindertenhilfe
☐ ambulant betreute Wohnung	☐ Einrichtung der Wohnungslosenhilfe
☐ betreute Wohngemeinschaft	☐ LKH Rankweil
☐ Pflegeheim nach Pflegeheim-gesetz (Pflegestufe 4-7)	☐ betreute Wohnform
☐ Einrichtung der Sozialpsychiatrie	☐ sonstige: _____

Hauptbetreuungsperson

Verwandtschaftsverhältnis:	**Räumliche Nähe:**
☐ Partner	☐ in der gleichen Wohnung
☐ Kind/Schwiegerkind	☐ im gleichen Hause
☐ andere verwandte Person	☐ anderes Haus **bis** 30 min entfernt (Geh- od. Fahrzeit)
☐ nicht verwandte Person	☐ anderes Haus **über** 30 min entfernt (Geh- od. Fahrzeit)
☐ keine Hauptbetreuungsperson	☐ keine Hauptbetreuungsperson
☐ keine Angabe	☐ keine Angabe

Inanspruchnahme anderer Dienste

☐ Hauskrankenpflege	☐ Mobiler Hilfsdienst (Mohi)
☐ Tagesbetreuung	☐ Mahlzeitendienst (Essen auf Rädern)
☐ Sozialpsychiatrie	☐ Medizinisch-therapeutische Dienste
☐ Suchthilfe	☐ Privat bezahlte Betreuungspersonen (24 Stunden)
☐ Behindertenhilfe	☐ Privat bezahlte Betreuungspersonen (stundenweise)
☐ Wohnungslosenhilfe	

Antragsgründe

persönliche Situation	☐ Eigener Wunsch ☐ Ausfall der Hauptbetreuungsperson (z.B. aufgrund Urlaub, Krankheit, Überlastung) ☐ Erhöhter Betreuungsbedarf ☐ Gestiegener Pflegebedarf körperlich ☐ Gestiegener Pflegebedarf psychisch ☐ Gestiegener Pflegebedarf (Suchterkrankung) ☐ Verstärkte Verwahrlosungsgefahr ☐ andere Gründe: _____
Veränderung nicht bewältigbar	☐ Keine Angehörige bzw. keine Betreuungs-/ Pflegepersonen ☐ Fehlende Mahlzeiten ☐ Keine ausreichende Beaufsichtigung ☐ Keine ausreichenden Betreuungsdienste ☐ Keine ausreichende Hauskrankenpflege ☐ andere Gründe: _____
Gründe Wohnsituation **(nur 1 Angabe)**	☐ Barrieren, Hindernisse Zugang ☐ Barrieren, Hindernisse Wohnung ☐ Bad/WC nicht pflegegerecht ☐ Beheizung der Wohnung - Unterstützungsbedarf ☐ andere Gründe: _____ ☐ Keine Angabe

Finanzierung

☐ Schriftliche Informationen zur Finanzierung des Heimaufenthaltes in Wolfurt habe ich am _____ von _____ erhalten.
☐ Ich stelle **vor Einzug** ins Pflegeheim bei der zuständigen Bezirkshauptmannschaft einen Sozialhilfeantrag. In der Regel wird je nach Einkommen ein Großteil der Kosten übernommen. Eine Kopie der letzten Seite (mit den Unterschriften vom Antragssteller und der Wohnsitzgemeinde) lasse ich den Sozialdiensten Wolfurt gGmbH zukommen. • Bis zur Entscheidung des Antrages durch die Bezirkshauptmannschaft werden 80% vom gesamten Einkommen in Rechnung gestellt.
☐ Die anfallenden Pflegekosten werden zur Gänze vom Rechnungsempfänger getragen.

Heimtarife 2025

Bezeichnung	Tagessatz	Pflegetage*	**Monatssumme in Euro**
Pflegestufe 1= Tarif 1	*€ 188,06*	*30*	***€ 5.641,80***
Pflegestufe 2 = Tarif 1	*€ 188,06*	*30*	***€ 5.641,80***
Pflegestufe 3 = Tarif 1	*€ 188,06*	*30*	***€ 5.641,80***
Eine längerfristige Aufnahme im Seniorenheim Wolfurt ist erst ab Pflegestufe 4 möglich.			
Pflegestufe 4 = *Tarif 2*	€ 245,99	30	**€ 7.379,70**
Pflegestufe 5 = *Tarif 2*	€ 245,99	30	**€ 7.379,70**
Pflegestufe 6 = *Tarif 3*	€ 263,03	30	**€ 7.890,90**
Pflegestufe 7 = *Tarif 3*	€ 263,03	30	**€ 7.890,90**

*Die Abrechnung erfolgt nach den Kalendertagen im Monat; 30 Verpflegungstage sind als Beispiel angenommen.

Benötigte Dokumente bei <u>Kurzzeitpflege</u>

- Arztattest, Medikamentenliste
- Gelbe Mappe der Hauskrankenpflege
- e-card (im Original)
- Pensionsmitteilung des laufenden Jahres (bei Bezug mehrerer Pensionen ist von allen Pensionen der Nachweis zu erbringen)
- aktueller Pflegegeldbescheid

Zusätzlich (zu den oben genannten) benötigte Dokumente bei <u>Daueraufnahmen</u>

- Geburtsurkunde
- ggf. Heiratsurkunde
- ggf. Sterbeurkunde des Partners
- ggf. Scheidungsurteil
- ggf. Beschluss Erwachsenenvertretung

Alle geforderten Dokumente, sofern nicht anders vermerkt können als Kopie vorgelegt werden.

Bei längerfristigen Aufnahmen ist die Meldung des Hauptwohnsitzes in Wolfurt erforderlich. Die Anmeldung ist von den Angehörigen auf der Gemeinde Wolfurt zu tätigen. Bitte bringen Sie uns eine Kopie der Meldebestätigung.

Einverständniserklärung

Ja ☐ Nein ☐	Ich bin einverstanden, dass die Mitarbeiter/innen der Sozialdienste Wolfurt die für die Aufnahme und weitere Pflege sowie Betreuung notwendigen Befunde vom Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus und von anderen Institutionen einfordern.
Ja ☐ Nein ☐	Ich erkläre mich einverstanden, dass die persönlichen Daten unter Beachtung des Datenschutzgesetzes mittels EDV gespeichert und verarbeitet werden.

Ich versichere hiermit, dass vorstehende Angaben der Wahrheit entsprechen und bestätige dies durch meine Unterschrift.

Falls ich die Anmeldung nicht aufrechterhalten will, werde ich die Sozialdienste Wolfurt umgehend davon informieren.

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift**

Bei Ankunft: Um Ihre Wäsche und Bekleidung zu kennzeichnen, werden wir für Sie Etiketten erstellen und Ihre Bekleidung beschriften. Dafür berechnen wir Ihnen einmalig einen Pauschalbetrag von € 50,- für jeweils 50 Wäschestücke. Dieser Betrag wird mittels Depotgeldkonto abgerechnet.

Erst nach Vorlage des vollständig ausgefüllten Anmeldebogens sowie der angeführten Dokumente sind wir in der Lage, Ihre Anmeldung zu berücksichtigen.

Für Ihre Fragen pflegerische Belange betreffend steht Ihnen die Pflegeleitung, Frau Wiltrud Oberhofer (05574/71326-501), gerne zur Verfügung.

Für Fragen die Finanzierung und das Seniorenheim betreffend, wenden Sie sich bitte an unsere Sekretariat, Frau Beate Pauger (05574/71326-503).

Weitere Informationen finden Sie auch unter: www.sozialdienste-wolfurt.at.

Gefördert durch:

wolfurt MARKTGEMEINDE

sozialfonds gemeinden und land Vorarlberg unser Land