

**ANMELDUNG zur HEIMAUFNAHME
im SENIORENHEIM DER SOZIALDIENSTE WOLFURT gemeinnützigen GmbH**

**Anmeldung für** grau hinterlegte Felder = Pflichtfelder

 Für Vormerkung sind nur fett gedruckte Angaben
auf Seite 1 und 2 notwendig.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name:****Zuname, Vorname** |  | Geburts-name: |  |
| **Anschrift:** **Straße, PLZ, Ort** |  | Tel. |  |
| **Geburtsdatum:****\_** |  | Geburtsort: |  |
| Familienstand:\_ |  | Religion: |  |
| **Geschlecht:** | [ ]  männlich [ ]  weiblich  | Staatsbürgerschaft: |  |
| **Pflegegeld Stufe:** |  | **SVNr:** |  |
| **Krankenkasse:** | [ ]  ÖGK-V[ ]  BVA-EB/OEB | [ ]  SVS gew./Landwirtschaft[ ]  andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Rezeptgebühren-befreit: | [ ]  nein [ ]  ja-dauernd[ ]  ja,  befristet bis: \_\_\_\_\_\_\_\_ | **Covid19 geimpft:** | [ ]  nein1. Impfung am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2. Impfung am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. Impfung am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Für Obengenannte\*n beantrage ich**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Vormerken |  |
| [ ]  Kurzzeitpflege (mind. 21 Tage) **1)** | von: |  | bis: |  |
| Im Anschluss ist eine Übersiedlung geplant:[ ]  nach Hause[ ]  ins Pflegeheim \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  nach \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  längerfristige Aufnahme  | ab: |  |

**1)** Eine Anzahlung von € 300,- für das Urlaubszimmer (Urlaub von der Pflege) ist bei der Anmeldung fällig.

**Dringlichkeit**

|  |
| --- |
| [ ] sehr dringend[ ] dringend |

**Rechnungsempfänger**

|  |  |
| --- | --- |
| Name:Zuname. Vorname |  |
| Anschrift:Straße, PLZ, Ort |  | Tel. |  |
| Erwachsenen-vertretung:\_ |  [ ] Ja [ ] Nein | Wenn ja: Beschluss, Gericht, Zahl, Datum |  |

**Kontaktperson**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name:****Zuname, Vorname** |  |
| **Anschrift:****Straße,** **PLZ, Ort** |  |
| **Telefon:** |  | **E-Mail-Adresse:** |  |
| **Verwandtschaftsverhältnis:****\_** |  **[ ] Kind [ ] Partner [ ] sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Ärztliche Betreuung**

|  |  |
| --- | --- |
| Hausarzt: |  |
| Facharzt: |  |

**Antragssteller**

|  |  |
| --- | --- |
| In welcher Eigenschaft: | [ ]  selbst[ ]  Angehörige (Verwandte)[ ]  Sozialer Dienst Krankenhaus / Case Management[ ]  Sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Name:Zuname. Vorname |  |
| Anschrift:Straße, PLZ, Ort |  |
| Telefon: |  | E-Mail-Adresse: |  |

**Unmittelbar vor der Aufnahme war der Klient**

|  |
| --- |
| [ ]  in Nachsorgeeinrichtung[ ]  in Reha Übergangspflege[ ]  im Akut-Krankenhaus |

 **Letzte Wohnform vor stationärer Aufnahme**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  zu Hause alleine lebend[ ]  zu Hause nicht alleine lebend[ ]  ambulant betreute Seniorenwohnung[ ]  Senioren-WG/-Heim (Pflegestufe 1-3) | [ ]  Pflegeheim nach Pflegeheim- gesetz (Pflegestufe 4-7)[ ]  betreute Wohnform[ ]  andere Wohnform: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Hauptbetreuungsperson**

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

**Inanspruchnahme anderer Dienste**

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

**Antragsgründe**

|  |  |
| --- | --- |
| persönliche Situation | [ ]  Eigener Wunsch[ ]  Ausfall der Hauptbetreuungsperson  (z.B. aufgrund Urlaub, Krankheit, Überlastung)[ ]  Erhöhter Betreuungsbedarf[ ]  Gestiegener Pflegebedarf körperlich[ ]  Gestiegener Pflegebedarf psychisch[ ]  Verstärkte Verwahrlosungsgefahr[ ]  andere Gründe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Veränderung nicht bewältigt weil | [ ]  Keine Angehörige bzw. keine Betreuungs-/ Pflegepersonen[ ]  Fehlende Mahlzeiten[ ]  Keine ausreichende Beaufsichtigung[ ]  Keine ausreichenden Betreuungsdienste[ ]  Keine ausreichende Hauskrankenpflege[ ]  andere Gründe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Wohnraum-situations- und Ausstattungs-gründe(nur 1 Angabe) | [ ]  Barrieren, Hindernisse beim Zugang zur Wohnung[ ]  Barrieren, Hindernisse in der 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 2024**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bezeichnung** | Tagessatz | Pflegetage\* | **Monatssumme in Euro** |
| *Pflegestufe 1* |  *€ 80,18* | *30* |  ***€ 2.405,52*** |
| *Pflegestufe 2* |  *€ 101,94* | *30* |  ***€ 3.058,22*** |
| *Pflegestufe 3* |  *€ 130,85* | *30* |  ***€ 3.925,58*** |
| **Eine längerfristige Aufnahme im Seniorenheim Wolfurt ist erst ab Pflegestufe 4 möglich.**  |
| Pflegestufe 4 |  € 173,12 | 30 |  **€ 5.193,55** |
| Pflegestufe 5 |  € 206,99 | 30 |  **€ 6.209,74** |
| Pflegestufe 6 |  € 230,80 | 30 |  **€ 6.923,90** |
| Pflegestufe 7 |  € 249,04 | 30 |  **€ 7.471,15** |

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

Die für die Rechnungsstellung verbindliche Pflegeeinstufung wird im Haus nach ungefähr einer Woche nach der Aufnahme von der jeweiligen Bereichsleitung gemeinsam mit der Pflegeleitung gemacht.

Die Pflegeeinstufung für den Bezug vom Pflegegeld erfolgt durch die PVA und kann sich von der Hauseinstufung unterscheiden.

**Benötigte Dokumente bei Kurzzeitpflege**

* e-card (im Original)
* Pensionsmitteilung des laufenden Jahres (bei Bezug mehrerer Pensionen ist von allen Pensionen dieser Nachweis zu erbringen)
* evtl. aktueller Pflegegeldbescheid

**Benötigte Dokumente bei längerfristigen Aufnahmen**

* e-card (im Original)
* Geburtsurkunde
* Staatsbürgerschaftsnachweis oder Auszug aus der Heimatrolle
* Pensionsmitteilung des laufenden Jahres (bei Bezug mehrerer Pensionen ist von allen Pensionen dieser Nachweis zu erbringen)
Ausgleichszulage: Ja [ ]  Nein [ ]
* Pflegegeldbescheid
* 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 erfolgen. Bitte bringen Sie uns eine Kopie der Meldebestätigung.

**Mitgebrachte Hilfsmittel**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Rollstuhl[ ]  Stock[ ]  Rollator[ ]  Zahnprothese | [ ]  Brille[ ]  Hörgerät[ ]  Sonstige: |

**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 € 42,- 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 Verwaltung, Frau Anita Spiegel (05574/71326-503).

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



Gefördert durch:

Gefördert durch:

Stand: 01/2015

Gefördert durch:

Stand: 01/2015