



SMB Büro: Edlau 36/3, 4291 Lasberg, ☎ 07947/21188, smb-buero@epnet.at, www.smbplus.at

Antrag – Betreuung

Haus- und Heimservice Unterstützung im Alltag



Name:	Sozialversicherungsnummer + Geburtsdatum: /
Anschrift:	Tel.-Nr. (+ ev. Angehörige):
Betreuungsbeginn:	Pflegegeldstufe (+ev. Bescheidbeilage):

Ich ersuche um Haus- und Heimservice und verpflichte mich, ein Entgelt von derzeit **€ 13,95 je Einsatzstunde** (bis zu 15 Std. pro Monat = Basis-Stunden) zu leisten. Für Stunden über dieses Monatsausmaß hinaus sowie **für nicht förderbare Leistungen** wird ein Entgelt von derzeit **€ 19,95**, sowie an **Sonn- und Feiertagen ein Zuschlag von 50%** berechnet.

Mitgliedern wird eine **Ermäßigung von 5%** pro Basisstunde gewährt; ermäßigt € 13,25. Für Nicht-Mitglieder ist ein einmaliger Beitrag von € 45,00 zu entrichten.

Die Tarife werden jährlich entsprechend der Indexentwicklung angepasst. Ich stimme zu, zur Verrechnung des Kostenbeitrages einen **Bank-Einzahlungsauftrag** (siehe Rückseite) zu Gunsten des Sozial-Medizinischen Betreuungsringes (SMB-Lasberg) bei einem Geldinstitut abzuschließen. Im Falle des Wegfalls der begehrten Hilfe, werde ich dies rechtzeitig der Mitarbeiterin des SMBs oder beim zuständigen Gemeindeamt melden.

..... (Datum) (Unterschrift)
------------------	-------------------------

Erklärung zum Datenschutz: Ich stimme zu, dass meine Daten (Name, Anschrift, SV-Nummer, Geburtsdatum, Tel.-Nr., Betreuungsbeginn und -ende, Pflegegeldstufe, Lebenssituation, Betreuungsleistung, Anzahl der geleisteten förderbaren bzw. nicht förderbaren Stunden) zum Zweck der laufenden Abrechnung und im Sinne des Pflegefonds- und Datenschutzgesetzes zum Zweck der Weitergabe an den Sozialhilfeverband Freistadt (Förderungsgeber) beim Verein SMB Lasberg verarbeitet werden.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

..... (Datum) (Unterschrift)
------------------	-------------------------



SMB Büro: Edlau 36/3, 4291 Lasberg, ☎ 07947/21188, smb-buero@epnet.at, www.smbplus.at

Bank-Einzugsermächtigung SEPA Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz des Empfängers (Vergabe durch SMB Lasberg = Zahlungsempfänger):

Zahlungsempfänger:

Creditor-ID: AT74ZZZ00000002872

Sozial-Medizinischer Betreuungsring (SMB Lasberg)

Edlau 36/3, 4291 Lasberg

Ich/wir ermächtige/n den Sozial-Medizinischen Betreuungsring (SMB Lasberg), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Sozial-Medizinischen Betreuungsring (SMB Lasberg) auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich/wir kann/können innerhalb von 56 Kalendertagen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

einmalig

wiederkehrend

Zahlungspflichtiger u. Kontoinhaber:

Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

Name:

IBAN:

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift)