



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

# Antrag – Essen auf Rädern

im Rahmen der sozialen Dienste (§12 OÖ. Sozialhilfegesetz 1998)



Name:	Sozialversicherungsnummer + Geburtsdatum: ..... / .....
Anschrift:	Tel.-Nr. (+ ev. Angehörige):
Monatliches Einkommen (Einkommensnachweis):	Pflegegeldstufe (Nachweis mittels Pflegegeld-Bescheid oder Bankauszug):
Erforderliche Kost: <input type="checkbox"/> Normal-kost <input type="checkbox"/> Schon-kost <input type="checkbox"/> Diabetiker-kost	Festgestellte Tarifstufe: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Begründung (Notwendigkeit, Anmerkungen, Beilagen ...):	

Mir ist bekannt, dass auf die Leistung sozialer Dienste kein Rechtsanspruch besteht und eine Einbeziehung in die Aktion „Essen auf Rädern“ nur dann möglich ist, wenn ich nicht in der Lage bin, mir ein Essen zuzubereiten oder sonst zu besorgen. Zur Feststellung der Notwendigkeit bin ich mit einem Hausbesuch einverstanden. Ich stimme zu, zur Verrechnung des Kostenbeitrages einen **Bank-Einzahlungsauftrag** (siehe Rückseite) zu Gunsten des Sozial-Medizinischen Betreuungsringes (SMB-Lasberg) bei einem Geldinstitut abzuschließen und jede Änderung meiner Einkommensverhältnisse (zB. Pflegegeld-Gewährung oder – Änderung) unverzüglich bekannt zu geben.

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

**Erklärung zum Datenschutz:** Ich stimme zu, dass meine Daten (Name, Anschrift, SV-Nummer, Geburtsdatum, Tel.-Nr., Pflegegeldstufe, Begründung) zum Zweck der laufenden Abrechnung und der Weitergabe an den Sozialhilfeverband Freistadt, an die Kochstellen beim Klinikum Freistadt und BSH Lasberg, sowie die weiteren Daten (Einkommen, Kostart, Tarifstufe, Zustellbeginn und –ende, Anzahl der zugestellten Portionen) ausschließlich zum Zweck der laufenden Abrechnung beim Verein SMB Lasberg verarbeitet werden.

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

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.



# 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:

**Name:**

**Anschrift** (Straße, PLZ, Ort):

**IBAN:**

.....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift)