



Sozialmedizinischer Betreuungsring Nord
für die Gemeinden Grünbach, Leopoldschlag,
Rainbach im Mühlkreis, Sandl und
Windhaag bei Freistadt

SOZIALMEDIZINISCHER BETREUUNGSRING NORD
für die Gemeinden Grünbach, Leopoldschlag,
Rainbach im Mühlkreis, Sandl und
Windhaag bei Freistadt

Einsatzleitung: Renate Zeiml, Rainbach,
Tel.: 07949/6781 oder 0664/73423195
Büro: Ernestine Panzenböck, Grünbach, 07942/72014
E-Mail: SMB_Gruenbach@gmx.at

Vor- u. Zuname

Geburtsdatum

Adresse

PLZ u: Ort

_____ am _____
Ort Datum

Antragsteller bitte nicht ausfüllen!

Betreuer/in

Betreuer/in

Ich beziehe Pflegegeld ja / nein*, wenn ja, Pflegegeld-Stufe _____

ANTRAG auf Haus- u. Heimservice

Ich ersuche den SMB Nord um Unterstützung durch Haus- und Heimservice ab _____ und verpflichte mich, eine Entschädigung (derzeit € 13,90) pro Einsatzstunde (bis max. 15 Stunden/Monat) zu leisten. Vereinsmitglieder erhalten eine Ermäßigung von 5 % für die Basisstunden. Für Stunden über dieses Monatsausmaß von 15 Stunden hinaus, für nicht förderbare Leistungen, sowie für Sonn- u. Feiertagsstunden werden Zuschläge berechnet.

Der Wegfall der begehrten Hilfe ist rechtzeitig der Betreuerin, der Einsatzleitung, oder im SMB-Büro mitzuteilen, ebenfalls verpflichte ich mich, Änderungen bei der Pflegestufe umgehend der Betreuerin oder dem SMB-Büro zu melden.

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine persönlichen Daten (Name, Adresse, Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Betreuungsbeginn, Pflegegeldstufe) zwecks Leistungsverrechnung beim SMB Nord verwendet werden und diese Daten auch an den Sozialhilfverband Freistadt - zwecks Prüfung der Hilfsbedürftigkeit und Förderungsgewährung an dem SMB Nord - weitergeleitet werden. Diese Einwilligung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

*) *Nichtzutreffendes streichen.*

Bitte auch Rückseite ausfüllen!

Wichtige Daten

Klient(in): Vorname:

Krankenkasse: SVNR-Geburtsdatum: -

Adresse:

Telefonnummer: Vereinsmitglied: Ja Nein

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden Lebensgemeinschaft

Soziales Umfeld: alleinlebend Im Familienverband

Pflegegeldbezug: Ja, Stufe Nein, wurde aber beantragt Nein

Schlüssel: Ja Nein hinterlegt bei:

Sachwalter(in): Ja

Name:	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>

Kontaktperson:

Hausarzt: Telefonnummer:

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine persönlichen Daten (Name, Adresse, Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Familienstand, Telefonnummer, Pflegegeldstufe, soziales Umfeld, Sachwalter, Mitgliedschaft, Kontaktperson, Hausarzt) zwecks Leistungsverrechnung beim SMB Nord verwendet werden und Name, Adresse, Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Pflegegeldstufe auch an den Sozialhilfverband Freistadt - zwecks Prüfung der Hilfsbedürftigkeit und Förderungsgewährung an dem SMB Nord - weitergeleitet werden. Diese Einwilligung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin