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: Christine Auer, Rainbach

Tel.: 07949/6791

Ernestine Panzenböck, Cordula Leitner Grünbach, 07942/72014 Büro:

Montag bis Freitag von 08:00 - 11:30 Uhr

ANTRAG auf Haus- u. Heimservice

Nachname:		Vorname:
Krankenkasse:		SVNR-Geburtsdatum
Adresse:		
Celefonnummer:		Vereinsmitglied beim SMB Nord: □ Ja □ Nein
Monatliches Nettoeinkommen aller m gemeinsamen Haushalt lebenden Personen:		Tarif(nicht ausfüllen!):
Familienstand: 🗖 ledi	g	□ verwitwet □ geschieden □ Lebensgemeinschaft
Soziales Umfeld:	☐ alleinlebend	☐ Im Familienverband
Pflegegeldbezug: 🗖 Ja,	Stufe No	ein, wurde aber beantragt
Bitte Bescheid über	Zuerkennung des Pfle	egegeldes, sowie einen Einkommensnachweis beilegen!)
Schlüssel: 🗆 Ja 🛮 Ne	in 🗖 hinterlegt bei:	
achwalter(in): 🛮 Ja	Name:	
Kontaktperson:	Adresse	
	Telefonnummer	
	Name	
	Adresse	
	Telefonnummer	
Hausarzt:		Telefonnummer:
und verpflichte mich € 25,70) pro Einsatz	, eine Entschädigung stunde zu leisten. Fü	zung durch Haus- und Heimservice ab

hinaus, für nicht förderbare Leistungen, wird ein Tarif von € 25,70 je Stunde, sowie für Sonn- u. Feiertagsstunden ein Zuschlag von 50 % 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 25,70 €Betreuerin oder dem SMB-Büro zu melden. Bitte wenden

Bankverbindung: Raiffeisenbank Region Freistadt, Bankstelle Windhaag bei Freistadt, IBAN: AT36 3411 0000 0291 1980, BIC: RZOOAT2L110

werden. Diese Einwilligung kann von mir jederzeit widerrufen werden. Ort. Datum Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin *) Nichtzutreffendes streichen. SEPA-Lastschrift-Mandat Mandatsreferenz: Zahlungsempfänger Creditor-ID: AT92ZZZ00000019135 Name: Sozialmedizinischer Betreuungsring Nord Anschrift: Marktplatz 1, 4264 Grünbach lch ermächtige/ Wir ermächtigen [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA Lastschriften einzulösen. lch kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: □ einmalig □ wiederkehrend ZAHLUNGSPFLICHTIGER Anschrift (Straße, PLZ, Ort, Land): **IBAN** lch stimme ausdrücklich zu, dass meine persönlichen Daten (Name, Adresse, Zahlungsart, IBAN) zwecks Mitgliedsbeitragseinziehung (im Falle einer Leistungsinanspruchnahme gilt diese Ermächtigung auch für die monatlichen Leistungsberechnungen) vom SMB Nord verwaltet werden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ort, Datum Unterschrift:

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