



**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, Cordula Leitner Grünbach, 07942/72014

## **ANTRAG auf Haus- u. Heimservice**

Nachname:  Vorname:

Krankenkasse:  SVN-R-Geburtsdatum:  -

Adresse:

Telefonnummer:  Vereinsmitglied beim SMB Nord:  Ja  Nein

Monatliches Nettoeinkommen aller im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen:  Tarif(nicht ausfüllen!):

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  Lebensgemeinschaft

Soziales Umfeld:  alleinlebend  Im Familienverband

Pflegegeldbezug:  Ja, Stufe   Nein, wurde aber beantragt  Nein

**(Bitte Bescheid über Zuerkennung des Pflegegeldes, sowie einen Einkommensnachweis beilegen!)**

Schlüssel:  Ja  Nein  hinterlegt bei:

Sachwalter(in):  Ja

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

Kontaktperson:

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

Hausarzt:  Telefonnummer:

Ich ersuche den SMB Nord um Unterstützung durch Haus- und Heimservice ab \_\_\_\_\_ und verpflichte mich, eine Entschädigung (derzeit je nach Einkommen € 16,10 / € 18,60/ € 21,90 / € 25,10) pro Einsatzstunde zu leisten. Für Stunden über das Monatsausmaßes von 15 Stunden hinaus, für nicht förderbare Leistungen, wird ein Zuschlag von € 5,50 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 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

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 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

\*) Nichtzutreffendes streichen.

### SEPA-Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz:

**Zahlungsempfänger** Creditor-ID: AT92ZZZ00000019135

Name: **Sozialmedizinischer Betreuungsring Nord**

Anschrift: Marktplatz 1, 4264 Grünbach

Ich 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.

Ich 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

Name: .....

Anschrift (Straße, .....

PLZ, Ort, Land): .....

IBAN

--	--	--	--	--

**Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine persönlichen Daten (Name, Adresse, Zahlungsart, IBAN) zwecks Mitgliedsbeitragseinziehung (im Falle einer Leistungsanspruchnahme gilt diese Ermächtigung auch für die monatlichen Leistungsberechnungen) vom SMB Nord verwaltet werden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.**

Ort, Datum

Unterschrift: