

„SOZIALMEDIZINISCHER BETREUUNGSRING NORD (SMB NORD)“

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

Antrag zur Aktion „ESSEN AUF RÄDERN“

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

Name:		Vers.Nr./Geburtsdatum	
Anschrift:		Telefonnummer:	
Monatliches Nettoeinkommen aller im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen: <i>Bitte aktuellen Einkommensnachweis beilegen</i>	Tarif (Nicht ausfüllen!)	Familienstand: <input type="radio"/> Ehe/Partnerschaft <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> ledig	
Erforderliche Kost: <input type="checkbox"/> Normalkost <input type="checkbox"/> Schonkost <input type="checkbox"/> Diabetikerkost Unverträglichkeit usw.: _____ _____		Wird Pflegegeld bezogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja und zwar Pflegestufe _____ (Bitte Bescheid über Zuerkennung des Pflegegeldes beilegen!)	
Bitte um Zustellung des Mittagessens <input type="radio"/> ab sofort <input type="radio"/> ab _____ jeweils am (gewünschte Tage bitte ankreuzen): <input type="radio"/> Mo. <input type="radio"/> Di. <input type="radio"/> Mi. <input type="radio"/> Do. <input type="radio"/> Fr. <input type="radio"/> Sa. <input type="radio"/> So.			
Kontaktperson: Name/Adresse/Tel.-Nr.:			

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 mein Essen selbst zuzubereiten, zubereiten zu lassen, zu besorgen oder besorgen zu lassen. Zur Feststellung der Notwendigkeit bin ich mit einem Hausbesuch einverstanden. Ich verpflichte mich, im Falle der Einbeziehung in die Aktion Essen auf Rädern, zur Verrechnung des Kostenbeitrages ein **SEPA-Lastschrift-Mandat** (Bank-Einzahlungsauftrag) zu Gunsten des Sozialmedizinischen Betreuungsringes bei einem Geldinstitut der Mitgliedsgemeinden abzuschließen und jede Änderung meiner Einkommensverhältnisse (z.B. Gewährung des Pflegegeldes usw.) unverzüglich bekanntzugeben.

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine persönlichen Daten (Name, Adresse, Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Pflegegeldstufe, Kost-Art, Begründung, Einkommensnachweise u. Nachweise der Tarifstufe, Telefonnummer + ev. Angehörige) zwecks Leistungsverrechnung beim SMB Nord verwendet werden und diese Daten auch an den Sozialhilfeverband Freistadt - zwecks Prüfung der Hilfsbedürftigkeit und Förderungsgewährung an dem SMB Nord - weitergeleitet werden. Diese Einwilligung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

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 Mitgliedsbeitragsentziehung (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: