

**ANMELDUNG zur HEIMAUFNAHME   
im SENIORENHEIM DER SOZIALDIENSTE WOLFURT gemeinnützigen GmbH**

**Anmeldung für** grau hinterlegte Felder = Pflichtfelder

Für Vormerkung sind nur fett gedruckte Angaben   
auf Seite 1 und 2 notwendig.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name:**  **Zuname, Vorname** |  | | | | Geburts-name: | | | |  |
| **Anschrift:**  **Straße,  PLZ, Ort** |  | | | | Tel. | |  | | |
| **Geburtsdatum:**  **\_** |  | Geburtsort: | | |  | | | | |
| Familienstand:  \_ |  | Religion: | | |  | | | | |
| **Geschlecht:** | männlich  weiblich | | Staatsbürgerschaft: | | | | |  | |
| **Pflegegeld Stufe:** |  | | **SVNr:** | | | | |  | |
| **Krankenkasse:** | ÖGK-V  BVA-EB/OEB | | | SVS gew./Landwirtschaft   andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Rezeptgebühren-befreit: | nein  ja-dauernd  ja,   befristet bis: \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | **Covid19  geimpft:** | | nein 1. Impfung am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Impfung am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Impfung am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

**Für Obengenannte\*n beantrage ich**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vormerken |  | | | |
| Kurzzeitpflege (mind. 21 Tage) **1)** | von: |  | bis: |  |
| Im Anschluss ist eine Übersiedlung geplant:  nach Hause  ins Pflegeheim \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nach \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| längerfristige Aufnahme | ab: |  | | |

**1)** Eine Anzahlung von € 300,- für das Urlaubszimmer (Urlaub von der Pflege) ist bei der Anmeldung fällig.

**Dringlichkeit**

|  |
| --- |
| sehr dringend  dringend |

**Rechnungsempfänger**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name:  Zuname. Vorname |  | | | | |
| Anschrift:  Straße,  PLZ, Ort |  | | | Tel. |  |
| Erwachsenen- vertretung:  \_ | Ja  Nein | Wenn ja: Beschluss, Gericht, Zahl, Datum |  | | |

**Kontaktperson**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name:**  **Zuname, Vorname** |  | | | |
| **Anschrift:**  **Straße,**  **PLZ, Ort** |  | | | |
| **Telefon:** |  | | **E-Mail-Adresse:** |  |
| **Verwandtschaftsverhältnis:**  **\_** | | **Kind Partner sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |

**Ärztliche Betreuung**

|  |  |
| --- | --- |
| Hausarzt: |  |
| Facharzt: |  |

**Antragssteller**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| In welcher Eigenschaft: | selbst  Angehörige (Verwandte)  Sozialer Dienst Krankenhaus / Case Management  Sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Name:  Zuname. Vorname |  | | |
| Anschrift:  Straße,  PLZ, Ort |  | | |
| Telefon: |  | E-Mail-Adresse: |  |

**Unmittelbar vor der Aufnahme war der Klient**

|  |
| --- |
| in Nachsorgeeinrichtung  in Reha Übergangspflege  im Akut-Krankenhaus |

**Letzte Wohnform vor stationärer Aufnahme**

|  |  |
| --- | --- |
| zu Hause alleine lebend  zu Hause nicht alleine lebend  ambulant betreute Seniorenwohnung  Senioren-WG/-Heim (Pflegestufe 1-3) | Pflegeheim nach Pflegeheim-  gesetz (Pflegestufe 4-7)  betreute Wohnform  andere Wohnform:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Hauptbetreuungsperson**

|  |  |
| --- | --- |
| **Verwandtschaftsverhältnis:**   Partner  Kind/Schwiegerkind  andere verwandte Person  nicht verwandte Person  keine Hauptbetreuungsperson  keine Angabe | **Räumliche Nähe:**  in der gleichen Wohnung  im gleichen Hause  anderes Haus bis 30 min entfernt   (Geh- od. Fahrzeit)  anderes Haus über 30 min entfernt   (Geh- od. Fahrzeit)  keine Hauptbetreuungsperson  keine Angabe |

**Inanspruchnahme anderer Dienste**

|  |  |
| --- | --- |
| Hauskrankenpflege  Tagesbetreuung  Sozialpsychiatrie  Suchthilfe  Behindertenhilfe  Wohnungslosenhilfe | Mobiler Hilfsdienst (Mohi)  Mahlzeitendienst (Essen auf Rädern)  Medizinisch-therapeutische Dienste  Privat bezahlte Betreuungspersonen (24 Stunden)  Privat bezahlte Betreuungspersonen (stundenweise) |

**Antragsgründe**

|  |  |
| --- | --- |
| persönliche Situation | Eigener Wunsch  Ausfall der Hauptbetreuungsperson   (z.B. aufgrund Urlaub, Krankheit, Überlastung)  Erhöhter Betreuungsbedarf  Gestiegener Pflegebedarf körperlich  Gestiegener Pflegebedarf psychisch  Verstärkte Verwahrlosungsgefahr  andere Gründe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Veränderung nicht bewältigt weil | Keine Angehörige bzw. keine Betreuungs-/ Pflegepersonen  Fehlende Mahlzeiten  Keine ausreichende Beaufsichtigung  Keine ausreichenden Betreuungsdienste  Keine ausreichende Hauskrankenpflege   andere Gründe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Wohnraum-situations- und Ausstattungs-gründe (nur 1 Angabe) | Barrieren, Hindernisse beim Zugang zur Wohnung  Barrieren, Hindernisse in der Wohnung  Bad/WC nicht pflegegerecht  Beheizung der Wohnung - Unterstützungsbedarf  andere Gründe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Keine Angabe |

**Finanzierung**

|  |
| --- |
| Schriftliche Informationen zur Finanzierung des Heimaufenthaltes in Wolfurt habe  ich am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ erhalten. |
| Ich stelle **vor Einzug** ins Pflegeheim bei der zuständigen Bezirkshauptmannschaft einen Sozialhilfeantrag. In der Regel wird je nach Einkommen ein Großteil der Kosten übernommen. Eine Kopie der letzten Seite (mit den Unterschriften vom Antragssteller und der Wohnsitzgemeinde) lasse ich den Sozialdiensten Wolfurt gGmbH zukommen.   * Bis zur Entscheidung des Antrages durch die Bezirkshauptmannschaft werden 80% vom gesamten Einkommen in Rechnung gestellt. |
| Die anfallenden Pflegekosten werden zur Gänze vom Rechnungsempfänger getragen. |

**Heimtarife 2024**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bezeichnung** | Tagessatz | Pflegetage\* | **Monatssumme in Euro** |
| *Pflegestufe 1* | *€ 80,18* | *30* | ***€ 2.405,52*** |
| *Pflegestufe 2* | *€ 101,94* | *30* | ***€ 3.058,22*** |
| *Pflegestufe 3* | *€ 130,85* | *30* | ***€ 3.925,58*** |
| **Eine längerfristige Aufnahme im Seniorenheim Wolfurt ist erst ab Pflegestufe 4 möglich.** | | | |
| Pflegestufe 4 | € 173,12 | 30 | **€ 5.193,55** |
| Pflegestufe 5 | € 206,99 | 30 | **€ 6.209,74** |
| Pflegestufe 6 | € 230,80 | 30 | **€ 6.923,90** |
| Pflegestufe 7 | € 249,04 | 30 | **€ 7.471,15** |

\*Die Abrechnung erfolgt nach den Kalendertagen im Monat; 30 Verpflegungstage sind als Beispiel angenommen.

Die für die Rechnungsstellung verbindliche Pflegeeinstufung wird im Haus nach ungefähr einer Woche nach der Aufnahme von der jeweiligen Bereichsleitung gemeinsam mit der Pflegeleitung gemacht.

Die Pflegeeinstufung für den Bezug vom Pflegegeld erfolgt durch die PVA und kann sich von der Hauseinstufung unterscheiden.

**Benötigte Dokumente bei Kurzzeitpflege**

* e-card (im Original)
* Pensionsmitteilung des laufenden Jahres (bei Bezug mehrerer Pensionen ist von allen Pensionen dieser Nachweis zu erbringen)
* evtl. aktueller Pflegegeldbescheid

**Benötigte Dokumente bei längerfristigen Aufnahmen**

* e-card (im Original)
* Geburtsurkunde
* Staatsbürgerschaftsnachweis oder Auszug aus der Heimatrolle
* Pensionsmitteilung des laufenden Jahres (bei Bezug mehrerer Pensionen ist von allen Pensionen dieser Nachweis zu erbringen)  
  Ausgleichszulage: Ja  Nein
* Pflegegeldbescheid
* ggf. Heiratsurkunde
* ggf. Sterbeurkunde des Partners
* ggf. Scheidungsurteil
* ggf. Beschluss Erwachsenenvertretung

**Alle geforderten Dokumente, sofern nicht anders vermerkt können als Kopie vorgelegt werden.**

Bei längerfristigen Aufnahmen ist die Meldung des Hauptwohnsitzes in Wolfurt erforderlich. Die Anmeldung ist von den Angehörigen auf der Gemeinde Wolfurt zu erfolgen. Bitte bringen Sie uns eine Kopie der Meldebestätigung.

**Mitgebrachte Hilfsmittel**

|  |  |
| --- | --- |
| Rollstuhl  Stock  Rollator  Zahnprothese | Brille  Hörgerät  Sonstige: |

**Einverständniserklärung**

|  |  |
| --- | --- |
| Ja  Nein | Ich bin einverstanden, dass die Mitarbeiter/innen der Sozialdienste Wolfurt die für die Aufnahme und weitere Pflege sowie Betreuung notwendigen Befunde vom Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus und von anderen Institutionen einfordern. |
| Ja  Nein | Ich erkläre mich einverstanden, dass die persönlichen Daten unter Beachtung des Datenschutzgesetzes mittels EDV gespeichert und verarbeitet werden. |

Ich versichere hiermit, dass vorstehende Angaben der Wahrheit entsprechen und bestätige dies durch meine Unterschrift.

**Falls ich die Anmeldung nicht aufrechterhalten will, werde ich die Sozialdienste Wolfurt umgehend davon informieren.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ort, Datum Unterschrift**

**Bei Ankunft:** Um Ihre Wäsche und Bekleidung zu kennzeichnen, werden wir für Sie Etiketten erstellen und Ihre Bekleidung beschriften. Dafür berechnen wir Ihnen einmalig einen Pauschalbetrag von € 42,- für jeweils 50 Wäschestücke. Dieser Betrag wird mittels Depotgeldkonto abgerechnet.

Erst nach Vorlage des vollständig ausgefüllten Anmeldebogens sowie der angeführten Dokumente sind wir in der Lage, Ihre Anmeldung zu berücksichtigen.

Für Ihre Fragen pflegerische Belange betreffend steht Ihnen die Pflegeleitung, Frau Wiltrud Oberhofer (05574/71326-501), gerne zur Verfügung.

Für Fragen die Finanzierung und das Seniorenheim betreffend, wenden Sie sich bitte an unsere Verwaltung, Frau Anita Spiegel (05574/71326-503).

Weitere Informationen finden Sie auch unter: www.sozialdienste-wolfurt.at.



Gefördert durch:

Gefördert durch:



Stand: 01/2015

Gefördert durch:



Stand: 01/2015