

Eingangsstempel

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

durch Kostenübernahme ab _____ in/im _____
gem. § 17 Salzburger Sozialhilfegesetz (SSHG).

Hinweis: Sozialhilfe kann frühestens ab dem Monat der Antragstellung (Datum des Einlangens des Antrages bei der Behörde) gewährt werden.

1. AntragstellerIn

Familiename, Akad. Grad		Vorname	
Geburtsdatum, Geburtsort		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Staatsangehörigkeit		Familiennstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	
Beizulegen: Scheidungsurteil und/oder Unterhaltsvergleich			
Hauptwohnsitz (vor Eintritt in die Einrichtung) Beizulegen: Bestätigung			
Tatsächlicher Aufenthalt in den letzten 6 Monaten vor Eintritt in die Einrichtung			
Angemeldet in der Einrichtung seit Beizulegen: Bestätigung der zuweisenden Stellen/Heimvertrag			
Krankenversichert bei		SozVersNr.	

2. Gesetzliche(r) oder bevollmächtigter VertreterIn bzw. SachwalterIn Beizulegen: Gerichtsbeschluss bei Sachwalterschaft bzw Vollmacht

Familiennname, Vorname
Adresse, Tel.-Nr.

3. Angehörige (jedenfalls alle Kinder u. Ehegatten bzw geschiedener Ehegatte) und sonstige Bezugspersonen

(E = Ehegatte, geschE = geschiedener Ehegatte, Ki = Kinder, Ko = Kontaktperson)

Bezugsperson (Abkürzung)	Familiennname, Vorname, Adresse

4. Monatliches Einkommen (alle Einkünfte sind anzugeben)

(Folgende Mittel sind anzugeben: zB AP = Alterspension, EW = Erwerbsunfähigkeitspension, WW = Witwen-, Witwerpension, FP = Firmenpension, AL = Ausgedinge/Leibrente, VV = Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung, UB = Unterhaltsbeitrag, SO = Sonstiges)

Einkommensart (Abkürzung)	Betrag in €	Auszahlende Stellen bzw Anweisende Personen samt Adresse Beizulegen: Einkommensnachweise und Kontoauszüge der letzten 6 Monate

Pflegegeld

<input type="checkbox"/> Stufe 1	<input type="checkbox"/> Stufe 2	<input type="checkbox"/> Stufe 3	<input type="checkbox"/> Stufe 4	<input type="checkbox"/> Stufe 5	<input type="checkbox"/> Stufe 6	<input type="checkbox"/> Stufe 7
<input type="checkbox"/> Pflegegeldausgleichszahlung	seit _____					
<input type="checkbox"/> Antrag auf Pflegegeld wurde gestellt am _____						bei _____
<input type="checkbox"/> Antrag auf Erhöhung wurde gestellt am _____						bei _____

Sollte kein Pflegegeld bezogen werden ist jedenfalls Seite 4 des Antrages auszufüllen!

5. Vermerke der Heimleitung betreffend den/die AntragstellerIn

Bezeichnung und Adresse der Einrichtung	
Aufnahmetag	
Zimmer	
<input type="checkbox"/> Kategorie A ¹	<input type="checkbox"/> Kategorie B ²
<input type="checkbox"/> Kategorie C ³	
<input type="checkbox"/> Grundtarif tägl.	€ _____
<input type="checkbox"/> Pflorgetarif tägl.	€ _____
<input type="checkbox"/> Gesamtkosten tägl.	€ _____

¹ Obergrenzen in der Kategorie A gelten, wenn Duschen, Waschtische und Toiletten in den einzelnen Wohneinheiten eingerichtet sind.

² Obergrenzen der Kategorie B (abzgl 5%) gelten, wenn eine der in Kategorie A aufgezählten Einrichtungen fehlt.

³ Obergrenzen der Kategorie C (abzgl 10%) gelten, wenn in der Wohneinheit zwar ein Waschtisch, aber kein Nassraum vorhanden sind.

6. Vermögenserklärung (sämtliche Vermögenswerte sind anzuführen)

ja	nein	Art des Vermögens	Wert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Barvermögen einschließlich Kontenguthaben	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Sparbücher Beizulegen: Kopie/Vorlage des/der Sparbuches/Sparbücher	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Bausparverträge Beizulegen: Kopie des letzten Kontoauszuges	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Wertpapiere (Aktien, Anleihen, Fonds etc) Beizulegen: aktueller Depotauszug bzw Bankbestätigung	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. (Lebens- od Sterbe) Versicherungen Beizulegen: Bestätigung über den Rückkaufwert	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Häuser, Eigentumswohnungen, Grundstücke Beizulegen: aktueller Grundbuchauszug	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Fruchtgenussrechte oder Ausgedingleistungen Beizulegen: Kopie des Vertrages	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. KFZ Beizulegen: Kopie des Zulassungsscheines bzw des Kaufvertrages	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. _____	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. _____	

Hinweis: Aus dem oben angegebenen Vermögen bleibt für Personen ab dem vollendeten 65. Lebensjahr ein Betrag bis zur Höhe des 10-fachen, jeweils geltenden Richtsatzes für Alleinunterstützte, zur Deckung von Bestattungskosten anrechnungsfrei.

Hat in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung eine Vermögensübertragung (zB Schenkung, Verkauf) stattgefunden?

ja nein

Beizulegen: zu Grunde liegender Vertrag bzw Nachweis, falls die Frage mit „ja“ zu beantworten ist.

Der/Die Unterzeichnete nimmt zur Kenntnis,

1. dass jede **Änderung der Vermögens- und Einkommensverhältnisse**, auf Grund derer Art und Umfang der Hilfe neu zu bestimmen wären oder die Hilfe einzustellen wäre, unverzüglich der zuständigen Behörde anzuzeigen ist,
2. dass bei **Erlangung von hinreichendem (weiterem) Einkommen oder Vermögen** die für ihn aufgewendeten Kosten zu ersetzen sind,
3. dass er /sie mit seiner/ihrer Unterschrift damit einverstanden ist, dass bei Vorhandensein von unbeweglichem Vermögen ein **Pfandrecht** gemäß § 8 Abs 4 SSHG einverleibt werden kann,
4. dass bei falschen Angaben betreffend das Einkommen oder Vermögen mit verwaltungsrechtlichen (§ 50 SSHG - Kostenrückerstattung) sowie (verwaltungs)strafrechtlichen Sanktionen gerechnet werden muss.

Der Antragsteller stimmt mit seiner Unterschrift gemäß § 8 Abs. 1 Z 2 und § 9 Z 6 des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl. I Nr. 165/1999 in der jeweils geltenden Fassung, ausdrücklich der Verwendung sämtlicher Daten im Zusammenhang mit der Erbringung der antragsgegenständlichen Leistungen zu.

Ort, Datum

Unterschrift des(r) Antragstellers(in) oder des(r) gesetzlichen oder bevollmächtigten Vertreters(in) oder Sachwalters

Ort, Datum

Unterschrift der Heimleitung bzw der Gemeinde (zu Punkt 5)

Nur ausfüllen, wenn der Antragsteller keiner besonderen Pflege bedarf.

Fragebogen zu den häuslichen und familiären Verhältnissen

1. Wohnung

Wohnform		
<input type="checkbox"/> in eigener Wohnung/im eigenen Haus		
<input type="checkbox"/> in der Nähe der Kinder oder Verwandten (im Ort/Stadtteil)		
<input type="checkbox"/> entfernt von Kindern und Verwandten		
<input type="checkbox"/> im Haus der Kinder, aber mit eigenem Haushalt		
<input type="checkbox"/> bei Kindern im gemeinsamen Haushalt		
<input type="checkbox"/> Sonstige _____		
Wohnungslage	Wohnungsausstattung	
<input type="checkbox"/> Erdgeschoß	<input type="checkbox"/> Zentralheizung	<input type="checkbox"/> _____ km entfernt von öffentlichen Verkehrsmitteln
<input type="checkbox"/> _____ Stockwerk, <input type="checkbox"/> Lift	<input type="checkbox"/> Einzelofenheizung	<input type="checkbox"/> _____ km entfernt von Einkaufsmöglichkeiten
<input type="checkbox"/> Berglage	<input type="checkbox"/> Badewanne	<input type="checkbox"/> _____ km entfernt vom Ortszentrum
<input type="checkbox"/> beengte Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/> Dusche	

2. Haushaltsführung

Hilfen bei:			
<input type="checkbox"/> Einkauf	<input type="checkbox"/> Speisenzubereitung:	<input type="checkbox"/> Wohnungsreinigung	<input type="checkbox"/> Brennstoff zutragen
<input type="checkbox"/> Körperpflege	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> Beheizung des Wohnraumes	<input type="checkbox"/> kleine Wäsche
<input type="checkbox"/> Sozialkontakte	<input type="checkbox"/> zur Gänze		
Dzt. Hilfeleistung durch:			
<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Kinder	<input type="checkbox"/> sonst. Verw.	<input type="checkbox"/> Nachbarn <input type="checkbox"/> _____

3. Einsatz sozialer Dienste

In Anspruch genommen werden folgende Sozialen Dienste:	
<input type="checkbox"/> Essen auf Rädern	
<input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege	durchschnittliche Wochenstunden _____
<input type="checkbox"/> Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes	durchschnittliche Wochenstunden _____
Soziale Dienste sind:	
<input type="checkbox"/> nicht organisierbar	
<input type="checkbox"/> nicht zweckmäßig, Begründung _____	

Ist der Antragsteller aufgrund der familiären und häuslichen Verhältnisse imstande, **außerhalb eines Heimes** ein selbständiges und unabhängiges Leben zu führen?

ja nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Gemeinde od. Heimleitung od. Pflegeleitung