



SOZIALDIENSTE
WOLFURT

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		Geburtsname:	
Anschrift: Straße, PLZ, Ort		Tel.	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Familienstand:		Religion:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsbürgerschaft:	
Pflegegeld Stufe:		SVNr:	
Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> ÖGK-V <input type="checkbox"/> BVA-EB/OEB	<input type="checkbox"/> SVS gew./Landwirtschaft <input type="checkbox"/> andere: _____	
Rezeptgebührenbefreit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja-dauernd <input type="checkbox"/> ja, befristet bis: _____	Covid19 geimpft:	<input type="checkbox"/> nein 1. Impfung am _____ 2. Impfung am _____ 3. Impfung am _____

Für Obengenannte*n beantrage ich

<input type="checkbox"/> Vormerken	
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege (mind. 21 Tage) 1)	von: _____ bis: _____
Im Anschluss ist eine Übersiedlung geplant: <input type="checkbox"/> nach Hause <input type="checkbox"/> ins Pflegeheim _____ <input type="checkbox"/> nach _____	
<input type="checkbox"/> längerfristige Aufnahme	ab: _____

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

Dringlichkeit

<input type="checkbox"/> sehr dringend <input type="checkbox"/> dringend

Rechnungsempfänger

Name: Zuname, Vorname			
Anschrift: Straße, PLZ, Ort		Tel.	
Erwachsenen- vertretung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja: Beschluss, Gericht, Zahl, Datum	

Kontaktperson

Name: Zuname, Vorname			
Anschrift: Straße, PLZ, Ort			
Telefon:		E-Mail-Adresse:	
Verwandtschaftsverhältnis:	<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> Partner	<input type="checkbox"/> sonstige: _____

Ärztliche Betreuung

Hausarzt:	
Facharzt:	

Antragssteller

In welcher Eigenschaft:	<input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> Angehörige (Verwandte) <input type="checkbox"/> Sozialer Dienst Krankenhaus / Case Management <input type="checkbox"/> Sonstige: _____		
Name: Zuname, Vorname			
Anschrift: Straße, PLZ, Ort			
Telefon:		E-Mail-Adresse:	

Unmittelbar vor der Aufnahme war der Klient

<input type="checkbox"/> in Nachsorgeeinrichtung <input type="checkbox"/> in Reha Übergangspflege <input type="checkbox"/> im Akut-Krankenhaus
--

Letzte Wohnform vor stationärer Aufnahme

<input type="checkbox"/> zu Hause alleine lebend	<input type="checkbox"/> Pflegeheim nach Pflegeheimgesetz (Pflegestufe 4-7)
<input type="checkbox"/> zu Hause nicht alleine lebend	<input type="checkbox"/> betreute Wohnform
<input type="checkbox"/> ambulant betreute Seniorenwohnung	<input type="checkbox"/> andere Wohnform: _____
<input type="checkbox"/> Senioren-WG/-Heim (Pflegestufe 1-3)	

Hauptbetreuungsperson

Verwandtschaftsverhältnis:	Räumliche Nähe:
<input type="checkbox"/> Partner	<input type="checkbox"/> in der gleichen Wohnung
<input type="checkbox"/> Kind/Schwiegerkind	<input type="checkbox"/> im gleichen Hause
<input type="checkbox"/> andere verwandte Person	<input type="checkbox"/> anderes Haus bis 30 min entfernt (Geh- od. Fahrzeit)
<input type="checkbox"/> nicht verwandte Person	<input type="checkbox"/> anderes Haus über 30 min entfernt (Geh- od. Fahrzeit)
<input type="checkbox"/> keine Hauptbetreuungsperson	<input type="checkbox"/> keine Hauptbetreuungsperson
<input type="checkbox"/> keine Angabe	<input type="checkbox"/> keine Angabe

Inanspruchnahme anderer Dienste

<input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege	<input type="checkbox"/> Mobiler Hilfsdienst (Mohi)
<input type="checkbox"/> Tagesbetreuung	<input type="checkbox"/> Mahlzeitendienst (Essen auf Rädern)
<input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrie	<input type="checkbox"/> Medizinisch-therapeutische Dienste
<input type="checkbox"/> Suchthilfe	<input type="checkbox"/> Privat bezahlte Betreuungspersonen (24 Stunden)
<input type="checkbox"/> Behindertenhilfe	<input type="checkbox"/> Privat bezahlte Betreuungspersonen (stundenweise)
<input type="checkbox"/> Wohnungslosenhilfe	

Antragsgründe

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

Finanzierung

<input type="checkbox"/>	Schriftliche Informationen zur Finanzierung des Heimaufenthaltes in Wolfurt habe ich am _____ von _____ erhalten.
<input type="checkbox"/>	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. <ul style="list-style-type: none">• Bis zur Entscheidung des Antrages durch die Bezirkshauptmannschaft werden 80% vom gesamten Einkommen in Rechnung gestellt.
<input type="checkbox"/>	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

<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Brille
<input type="checkbox"/> Stock	<input type="checkbox"/> Hörgerät
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Sonstige:
<input type="checkbox"/> Zahnprothese	

Einverständniserklärung

Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	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:

