

**SGD-So/E-17****An das Gemeindeamt/den Magistrat**

Eingangsstempel

 Zutreffendes ankreuzen!**Angaben zur pflegebedürftigen Person**

Name	Familienname _____ <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Vorname _____
Geburtsdatum	_____ Geburtsort _____
Sozialversicherungsnummer	_____ Bitte unbedingt angeben!
Adresse des Hauptwohnsitzes	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nummer _____ Telefonnummer (tagsüber erreichbar) _____ Fax _____ E-Mail _____
Wohnsitz/Aufenthalt im letzten Jahr vor der Antragstellung	vom _____ bis _____ in (Ort) _____ (Land) _____ vom _____ bis _____ in (Ort) _____ (Land) _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> EWR-Mitgliedsland/Schweiz <input type="checkbox"/> Konventionsflüchtling <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Stand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Haushalt <input type="checkbox"/> erwerbstätig <input type="checkbox"/> Kind/Jugendl. <input type="checkbox"/> seit Kindheit erwerbsunfähiger Erwachsener <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Besteht ein Anspruch auf den Erhöhungsbetrag zur Familienbeihilfe?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht ein Anspruch auf sonstige pflegebezogene Geldleistungen? (wenn ja, Nachweise beilegen) _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde die Pflegebedürftigkeit durch	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Impfschaden <input type="checkbox"/> Verbrechen <input type="checkbox"/> sonstige Ereignis durch einen Dritten verursacht? (wenn ja, nähere Angaben): _____ _____
Lebensunterhalt wird gedeckt durch	<input type="checkbox"/> Erwerbseinkommen <input type="checkbox"/> Gatt(e)in Familienname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Beschäftigung/Pension (auszahlende Stelle) _____ _____

	<input type="checkbox"/> Eltern Vater Familienname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nummer _____ Beruf _____ Sozialversicherungsnummer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Mutter Familienname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nummer _____ Beruf _____ Sozialversicherungsnummer <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Sonstige Einkünfte/Pension der pflegebedürftigen Person (Nachweise beilegen) _____
Gesetzlicher Vertreter/ Sachwalter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja; Familienname _____ Vorname _____ PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nummer _____ Bestellungsdekret in Kopie beilegen!

Grund der Antragstellung

<input type="checkbox"/> hochgradige Sehbehinderung bzw. Blindheit (augenfachärztliches Gutachten kann beigelegt werden) <input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit wegen _____ _____	
(Art des Leidens)	
Die häusliche Pflege wird überwiegend durchgeführt von	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Gatt(e)in <input type="checkbox"/> Lebensgefährt(e)in <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Schwiegerkind <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/> Verwandten <input type="checkbox"/> Nachbarn oder Bekannte
Erfolgt eine Pflege durch	<input type="checkbox"/> mobile Dienste (wie z.B. mobile Hilfe und Betreuung, Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern?) <input type="checkbox"/> ambulante Dienste (wie z.B. Kindergarten, Hort, Tagesheimstätte, Tagespflege)? Name _____ PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nummer _____
Die Pflege wird durch dauernde Unterbringung in einer stationären Einrichtung (wie z.B. Alten- und Pflegeheim, Behindertenheim) durchgeführt	Name _____ PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nummer _____
Bei dauernder Pflege in einer stationären Einrichtung: Aufenthalt im letzten Jahr vor dem Eintritt vom _____ bis _____ in (Ort) _____ (Land) _____	

Auszahlung des Pflegegeldes	<input type="checkbox"/> im Postwege	<input type="checkbox"/> auf das Konto der/des
	<input type="checkbox"/> pflegebedürftigen Person	<input type="checkbox"/> gesetzl. Vertreters
Bankverbindung	Name der Bank _____	
	BLZ _____	Kontonummer _____

Wichtig: bitte unbedingt bei Ihrer Bank aufliegenden „Antrag auf bargeldlose Gehalts-/Pensionsauszahlung“ beilegen.

ERKLÄRUNG der pflegebedürftigen Person und wichtige Hinweise:

1. Ich beziehe keinerlei Pension, Rente, Ruhe(Versorgungs-)genuss oder gleichartige Leistungen auf Grund sozialversicherungsrechtlicher Vorschriften, privatrechtlichen Vereinbarungen, Vorschriften einer Vertragspartei des EWR-Abkommens und gehöre auch nicht dem Personenkreis des § 3 Abs. 2 Bundespflegegeldgesetz an (Mitglieder einer Ärztekammer, Rechtsanwaltskammer, Apothekerkammer, Ingenieurkammer, Patentanwaltskammer oder Wirtschaftstreuhandler).
2. Geldleistungen, die wegen Pflegebedürftigkeit nach anderen innerstaatlichen oder ausländischen Vorschriften gewährt werden, sind auf das Pflegegeld nach dem Oö. Pflegegeldgesetz anzurechnen. Ich verpflichte mich daher, derartige Leistungen bekannt zu geben.
3. Ich nehme zur Kenntnis, dass zu Unrecht empfangene Pflegegelder gemäß § 10 Abs. 1 Oö. Pflegegeldgesetz zu ersetzen sind.
4. Pflegebedürftige Personen bzw. gesetzliche Vertreter/Sachwalter oder Erbringer der Pflegeleistungen sind verpflichtet, jede ihnen bekannte Veränderung in den Voraussetzungen für den Pflegegeldbezug binnen **zwei Wochen** der Landesregierung anzuzeigen. Dies gilt insbesondere für den Fall, dass ein Pensionsanspruch entsteht (z.B. bei Zuerkennung einer Witwen- oder Waisen-pension).

Die Verlegung des Hauptwohnsitzes von Oberösterreich in ein anderes Bundesland ist der Landesregierung spätestens zum Zeitpunkt der Verlegung anzuzeigen.

Mir wurde ausdrücklich zur Kenntnis gebracht, dass die Leistung des Pflegegeldes angelehnt, gemindert oder entzogen werden kann, wenn und solange die pflegebedürftige Person, deren gesetzlicher Vertreter oder Sachwalter ohne triftigen Grund

- a) einer schriftlichen Aufforderung zum Erscheinen zu einer ärztlichen Untersuchung nicht entspricht oder
- b) eine für die Entscheidungsfindung unerlässliche ärztliche Untersuchung verweigert oder
- c) sich weigert, die zur Durchführung des Verfahrens unerlässlichen Angaben zu machen, und eine Nachzahlung für die Zeit der Ablehnung, Minderung oder Entziehung des Pflegegeldes zu unterbleiben hat.

5. Das Pflegegeld ruht während eines stationären Aufenthaltes in einer Kranken- bzw. Kuranstalt ab dem Tag, der auf die Aufnahme folgt, wenn ein in- oder ausländische Träger der Sozialversicherung, der Bund, ein Sozialhilfeträger oder eine Krankenfürsorgeanstalt für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse in einer in- oder ausländischen Krankenanstalt aufkommt.

Ich erkläre, dass meine Angaben richtig und vollständig sind und ich darauf hingewiesen wurde, dass wissentlich falsche Angaben oder absichtliches Verschweigen von maßgeblichen Tatsachen strafrechtlich verfolgt werden können.

Ich beantrage eine Leistung nach dem Oö. Pflegegeldgesetz.

_____, am _____
Ort Datum Unterschrift

- pflegebedürftigen Person
 gesetzl. Vertreter/Sachwalter

Beilagen:

Die Gemeinde/der Magistrat bestätigt

- die Richtigkeit der Angaben zu den persönlichen Daten
- dass die pflegebedürftige Person den ordentlichen Wohnsitz/Aufenthalt in der Gemeinde hat

_____, am _____
Ort Datum Unterschrift, Stempel