

Rieplstraße 1 und Riedholzstraße 17  
4910 Ried im Innkreis

Tel: (+43 7752) 83586-301  
Fax: (+43 7752) 83580-44  
E-Mail: ph-ried.post@shvri.at  
www.shvri.at

## ANTRAG – KURZZEITPFLEGE

Familienname: ..... Geburtsname: .....  
Vorname: ..... Religion: .....  
Geboren am: ..... Geburtsort: .....  
Familienstand: .....  
Wohnanschrift: .....  
Bankinstitut: .....  
IBAN: ..... BIC: .....

	1. Ansprechpartner	2. Ansprechpartner	3. Ansprechpartner
Name			
Straße			
PLZ, Ort			
Telefon			

**BEI ERWACHSENENVERTRETUNG BITTE BESCHIED VORLEGEN!**

Hausarzt: .....  
Zahnarzt: .....  
Optiker/Akustiker: .....  
Krankenkasse: ..... Vers.Nr.: .....  
Rezeptgebührenfrei  Rezeptgebührenpflichtig   
Pflegegeld..... Erhöhung Beantragt  Ja  Nein  
Stufe ..... Auszahlende Stelle .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragsteller bzw.  
seines gesetzlichen Vertreters

Rieplstraße 1 und Riedholzstraße 17  
4910 Ried im Innkreis

Tel: (+43 7752) 83586-301  
Fax: (+43 7752) 83580-44  
E-Mail: [ph-ried.post@shvri.at](mailto:ph-ried.post@shvri.at)  
[www.shvri.at](http://www.shvri.at)

## VOLLMACHT

Vertretung des/der Heimbewohners/in

Der/Die Heimbewohner/in

Vorname: ..... Familienname: ..... geboren am: .....

derzeit wohnhaft in: PLZ: ..... Ort: .....

Straße / Nr.: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

erteilt hiermit

Vorname: ..... Familienname: ..... geboren am: .....

wohnhaft in: PLZ: ..... Ort: .....

Straße / Nr.: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

die generelle Vollmacht zu seiner/ihrer Vertretung.

Ried im Innkreis, am: .....

.....  
Unterschrift Heimbewohner/in

.....  
Unterschrift des/der  
gewillkürten Vertreters/in

Rieplstraße 1 und Riedholzstraße 17  
4910 Ried im Innkreis

Tel: (+43 7752) 83586-301  
Fax: (+43 7752) 83580-44  
E-Mail: [ph-ried.post@shvri.at](mailto:ph-ried.post@shvri.at)  
[www.shvri.at](http://www.shvri.at)

## **INFORMATION FÜR ANGEHÖRIGE**

### **Vor Aufnahmetag bzw. Antragstellung in der Verwaltung abgeben:**

- Letzter Pensionsbescheid bzw. Pflegegeldbescheid (Kopie)
- Geburtsurkunde (Kopie)
- Ärztliches Attest (Hausarzt)
- Befunde des letzten KH-Aufenthaltes (Arztbriefe, etc.)
- Pflegebedarfserhebungsbogen (PEB)

### **Am Aufnahmetag:**

Nachthemden	Zahnbürste, Zahnbecher, Zahnpaste
Schlafrock	Kukident bei Bedarf, Seife
Jogginganzüge	Kamm bzw. Haarbürste
Westen, Jacken	Haarshampoo
Strumpfhosen, Socken	Rasierapparat
Unterwäsche, Taschentücher	Duschgel
Hausschuhe mit rutschfester Sohle	

### **Sonstiges:**

Toilettenartikel sollten mit dem Namen beschriftet sein, um Verwechslungen zu vermeiden.  
E-Card, ev. Rollator, ev. Rollstuhl, Medikamente für die Dauer der Kurzzeitpflege (Tabletten, Salben, Tropfen, etc.)  
Verbandsstoffe falls notwendig, Depotgeld für Friseur, Fußpflege, etc.

### **Wichtiger Hinweis**

Die Verrechnung des Kurzzeitpflegeaufenthaltes erfolgt im Nachhinein und wird direkt vom jeweilig-angegebenen Bankkonto abgebucht. Aufgrund der Bestimmungen des § 25 Abs. 4 der Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung sind wir berechtigt, einen höheren Pflegezuschlag zu berechnen. Dies geschieht mittels Einzelbewertung direkt in der Station vom jeweiligen Diplompersonal.

Rieplstraße 1 und Riedholzstraße 17  
4910 Ried im Innkreis

Tel: (+43 7752) 83586-301  
Fax: (+43 7752) 83580-44  
E-Mail: [ph-ried.post@shvri.at](mailto:ph-ried.post@shvri.at)  
[www.shvri.at](http://www.shvri.at)

## INFORMATION FÜR ANGEHÖRIGE

### Kurzzeitpflege – Wäschenummern:

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass alle Wäsche- und Bekleidungsstücke, die ins Heim mitgebracht werden, mit Wäschenummern unseres Hauses einzumerken sind. Die jeweiligen Wäschenummern werden von der Station der Kurzzeitpflege ausgehändigt und müssen vor der geplanten Aufnahme eingenäht werden.

Die Bekleidung wird in unserer hauseigenen Wäscherei gereinigt. Für das Einmerken der Wäsche wird ein **Pauschalbetrag von € 50,00** berechnet. Für nicht eingemerkte Kleidungsstücke wird **keine Haftung** übernommen.

### Kurzzeitpflege – Wertgegenstände:

Für Wertgegenstände wird keine Haftung übernommen.

### Kurzzeitpflege – Aufnahmezeiten:

Montag bis Freitag: 07.00 Uhr bis 11.00 Uhr  
An Wochenenden, Sonn- und Feiertagen ist keine Aufnahme möglich

### Kurzzeitpflege – Aufenthalt:

von ..... bis .....

Rieplstraße 1 und Riedholzstraße 17  
4910 Ried im Innkreis

Tel: (+43 7752) 83586-301  
Fax: (+43 7752) 83580-44  
E-Mail: [ph-ried.post@shvri.at](mailto:ph-ried.post@shvri.at)  
[www.shvri.at](http://www.shvri.at)

## SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung)

**Mandatsreferenz**  
Heimgebühr

**Creditor-ID: AT07ZZZ00000010965**

---

### Zahlungsempfänger

Sozialhilfeverband Ried  
Parkgasse 1  
4910 Ried im Innkreis



Ich ermächtige/wir ermächtigen den Sozialhilfeverband Ried, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Sozialhilfeverband Ried 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. Allfällige Einwendungen sind direkt mit dem jeweiligen Sozialhilfeträger zu regeln. Ein Widerruf des Auftrages gilt ab dem Zeitpunkt des Einlangens bei der kontoführenden Bank. Gleichzeitig habe ich den Sozialhilfeträger zu benachrichtigen.

---

### Zahlungspflichtiger

Name .....

Anschrift .....

IBAN .....

BIC .....

---

**Zahlungsart**                       Wiederkehrender Einzug                       Einmaleinzug

---

Ort, Datum .....

Unterschrift .....