

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 BESCHEID 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

Vollmacht
(für gewillkürte 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

**Pflegeheime
Ried im Innkreis**

4910 Ried/I. • Haus I - Riedholzstraße 17
Haus II - Rieplstraße 1

Tel: 07752/83 586 301
Fax: 07752/83 580 44
E-Mail: ph-ried.post@shvri.at
www.shvri.at

Information für Angehörige

Vor Aufnahme tag bzw. bei Antragsstellung in der Verwaltung abgeben:

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

Am Aufnahme tag

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 den Namen beschriftet sein, um Verwechslungen zu vermeiden.

E-Card, ev. Rollator, ev. Rollstuhl, Medikamente für die Dauer der Kurzzeitpflege (Tabletten, Salben, Tropfen, etc....) Verbandstoffe 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 der Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung § 25, Abs. 4 sind wir berechtigt, einen höheren Pflegezuschlag zu berechnen. Dies geschieht mittels Einzelbewertung direkt in der Station vom jeweiligen Diplompersonal.

**Pflegeheime
Ried im Innkreis**

4910 Ried/I. • Haus I - Riedholzstraße 17
Haus II - Rieplstraße 1

Tel: 07752/83 586 301
Fax: 07752/83 580 44
E-Mail: ph-ried.post@shvri.at
www.shvri.at

Information für Angehörige

Kurzzeitpflege – Dauer

Die Dauer eines Aufenthaltes beläuft sich von einem Tag bis hin zu **maximal 3** Monaten.

Kurzzeitpflege – Bettfreihaltegebühr

Die Bettfreihaltegebühr wird verrechnet, wenn während des Aufenthaltes ein Krankenhausbesuch anfällt, ein mehrtägiger Ausflug unternommen wird oder der Aufnahmetermin nicht eingehalten werden kann und das Zimmer reserviert bleiben soll.

Kurzzeitpflege - Wäschenummern

Die Bekleidung wird in unserer hauseigenen Wäscherei gereinigt. Für das Wäschenummernband wird ein Pauschalbetrag von **€ 55,00** berechnet. Für **nicht eingemerkte** Kleidungsstücke wird **keine Haftung** übernommen.

Kurzzeitpflege - Wertgegenstände

Für Wertgegenstände wird keine Haftung übernommen.

Kurzzeitpflege - Aufnahmezeiten

Wochentags von Montag – Freitag von **8:00 bis 10:00!** An Sonn-, Feiertagen und Wochenenden ist **keine** Aufnahme möglich!

Kurzzeitpflege – Aufenthalt: von: _____ bis: _____

.....
Unterschrift Angehörige

.....
Unterschrift Pflegeheim Ried

SEPA-Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz

Heimgebühr/Kostenbeiträge zur Heimgebühr

Creditor-ID: AT07ZZZ00000010965

Zahlungsempfänger

Sozialhilfeverband Ried
Parkgasse 1
4910 Ried im Innkreis



SEPA-Einzugsermächtigung:

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

Ärztliches Attest

Familienname: **Vorname:**

Adresse: geb. am:

Pflegegeld: ☐ ja, Stufe: ☐ nein

Diagnosen:

Gefahrenprognose:

☐ Sturzgefährdung

☐ Fremdgefährdung

☐ Selbstgefährdung

Medikamente

Name	früh	mittags	abends	nachts

Orientierung

☐ zeitweise desorientiert	☐ nachts
☐ völlig desorientiert	☐ Fluchttenenz

Sonstiges

☐ Schluckstörung	☐ hochgradig sehbehindert / blind
☐ künstl. Ernährung (Sonde)	☐ hochgradig schwerhörig / taub
☐ Diabetiker/in ☐ insulinpflichtig ☐	☐ Alkoholabusus
☐ tracheostomiert	☐ Hepatitis
☐ Dauerkatheter	☐ Infektiöse Erkrankungen
☐ Herzschrittmacher	☐ MRSA
☐	☐ Allergien

Ort, Datum Unterschrift:

Einwilligungserklärung

Ich, Herr/Frau _____, willige ein, dass folgende personenbezogene Daten vom Bezirksalten- und Pflegeheim Ried im Innkreis zu folgenden Zwecken verarbeitet werden dürfen:

Bildaufnahmen samt Namensnennung:

- ☐ Ich willige ein, dass Bildaufnahmen von meiner Person bei vom oder im Auftrag des Heims organisierten Veranstaltungen und Feierlichkeiten aller Art (wie z.B. Weihnachts- oder Geburtstagsfeiern, kirchliche Veranstaltungen, Brauchtumsveranstaltungen, etc.), bei Ausflügen mit Bewohner/innen (z.B. Sommerausflug mit Bewohner/innen, etc.) und allen weiteren vom Heim im Alltag angebotenen Unterhaltungsprogrammen (wie z.B. Bastelkursen, Vorträgen, etc.) gemacht werden und diese Bildaufnahmen zum Zweck der Presse-Berichterstattung und Bewerbung der Aktivitäten und des Hauses sowie zur Dokumentation sowohl im Heim (z.B. Aushang der Bildaufnahmen im Eingangsbereich des Heims, etc.), als auch in analogen Medien (z.B. Heimzeitung, Tageszeitung, etc.) und in digitalen Medien (z.B. Fernsehen, Internet, Website des Heims, online abrufbare Heimzeitung, etc.) veröffentlicht und dabei an die jeweiligen Medienpartner übermittelt werden können.
- ☐ Ich stimme zu, dass bei der Veröffentlichung der Bildaufnahmen von meiner Person in den oben angegebenen Medien auch mein Vor- und Nachname genannt werden darf.

Zimmerschild:

Ich willige ein, dass am Türschild meines Heimzimmers zusätzlich zur Zimmernummer folgende Daten angeführt bzw. veröffentlicht werden dürfen:

- ☐ Vorname
- ☐ Nachname
- ☐ Foto

Namensliste im Eingangsbereich:

Ich willige ein, dass mein Vor- und Nachname, allenfalls auch meine Foto samt Angabe der Zimmernummer

- ☐ in die Bewohnertafel/öffentlich einsehbare Namensliste im Eingangsbereich des Heims eingetragen werden darf.

Einzug in das Heim:

Ich willige ein, dass bei meinem Einzug in das Heim folgende Daten im Heim und in der (auch im Internet abrufbaren) Heimzeitung zur Berichterstattung veröffentlicht werden dürfen:

- ☐ Vor- und Nachname
- ☐ Herkunftsort

- ☐ Einzugsdatum
- ☐ Wohnbereich
- ☐ Foto
- ☐ Alter
- ☐ sonstige von mir freiwillig angegebenen Daten (z.B. zu Interessen, Hobbys, etc.)

Laufender Heimbetrieb:

Ich willige ein, dass folgende Daten an nachstehende Systempartner zur Aufrechterhaltung des laufenden Betriebes weitergegeben werden dürfen:

- ☐ Wäschereibetrieb: Personenstammdaten, Wohnbereich und Zimmernummer,
- ☐ Sonstige Dienstleister (Frisör, Fußpflege, Therapeuten, ...): Vor- und Nachname.

Private Ereignisse:

Ich willige ein, dass bei privaten Ereignissen (z.B. Geburtstagen, Jubiläen, Geburt von Enkelkindern, etc.) mein Vor- und Nachname und das Datum des jeweiligen privaten Ereignisses (z.B. Geburtsdatum, Hochzeitstag, etc.):

- ☐ zum Zwecke der Gratulation, Information und der Organisation von Feiern verwendet werden dürfen.
- ☐ zum Zwecke der Gratulation, Information, Organisation von Feiern und dergleichen an Gemeinden, Pfarren und andere Organisationen sowie freiwillige Mitarbeiter/innen, die mit unserem Haus regelmäßig freundschaftlich verbunden sind (Besuchsdienste, Organisation von Veranstaltungen und Aktivitäten im Haus, ...) weitergegeben werden dürfen.
- ☐ im Anlassfall auch im Heim und in analogen und digitalen Medien (z.B. Geburtstagsliste im Heim, Heimzeitung, Homepage, Fernsehen, etc.) veröffentlicht und dabei an die jeweiligen Medienpartner übermittelt werden dürfen.

Auskunftserteilung (für Besuchszwecke):

Ich willige ein, dass die Mitarbeiter/innen des Heims folgenden Personen Auskunft über meinen Aufenthalt im Heim (An- oder Abwesenheit und Zimmernummer) zum Zwecke der Besuchsmöglichkeit erteilen dürfen:

- ☐ Familienangehörigen und Verwandten
- ☐ Bekannten (z.B. Nachbar/innen, Freund/innen, etc.)
- ☐ Mitarbeiter/innen des Roten Kreuzes, der Kirche oder anderen ehrenamtlichen Organisationen (z.B. Besuchsdienst, Pfarrer, Seelsorger/innen, etc.)
- ☐ sonstigen interessierten Besucher/innen

Ich nehme zur Kenntnis, dass von der Auskunftserteilung zum Zwecke der Besuchsmöglichkeit nicht die Auskunftserteilung über meine Gesundheitsdaten umfasst ist und Auskünfte über meine Gesundheitsdaten anderen Personen (wie z.B. Ärzten, etc.) nur aufgrund einer gesetzlichen Regelung, aufgrund eines Vertrages oder einer von mir gesondert abgegebenen Einwilligungserklärung erteilt werden.

Angabe von Vertrauenspersonen:

Ich willige ein, dass die Mitarbeiter/innen des Heimträgers folgende Vertrauensperson von mir in wesentlichen Belangen verständigen darf. Dieser Vertrauensperson sind auch Auskünfte in medizinischen und pflegerischen Belangen zu erteilen und auf Verlangen Einsicht in die Pflegedokumentation zu gewähren.

1. Vertrauensperson

Vorname: _____
Nachname: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

2. Vertrauensperson

Vorname: _____
Nachname: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

3. Vertrauensperson

Vorname: _____
Nachname: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich dieser Vertrauensperson jederzeit das Vertrauen wieder entziehen und eine andere oder auch eine weitere Person namhaft machen kann.

Allgemeine Informationen:

Eine Verwendung der oben angegebenen personenbezogenen Daten oder Bildaufnahmen für andere als die beschriebenen Zwecke oder ein Inverkehrbringen durch Überlassung der Daten an Dritte ist unzulässig.

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Zustimmung freiwillig und unentgeltlich erfolgt. Wird sie nicht erteilt, entstehen keine Nachteile.

Diese Einwilligung (auch einzelner Datenverarbeitungen) kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft bei der Heimleitung (schriftlich) widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Ort, Datum

Unterschrift Heimbewohner/in

Pflegebedarfserhebungsbogen für die Aufnahme in die Kurzzeitpflege

Familienname: Vorname:

Geburtsdatum: Versicherungsnummer:

Pflegegeldstufe: Erhöhungsantrag gestellt ☐ ja ☐ nein

Anschrift, Tel.Nr.:

Name (und Qualifikation) Betreuungsperson:

.....

Anschrift, Tel.Nr.:

.....

Hausarzt oder behandelnder Arzt:

Anschrift:

Tel.Nr.:

Begutachtende Person:

Tel.Nr.:

1 Ernährung		
1	Essen und Trinken selbstständig	
2	Nahrung muss vorgerichtet werden, isst und trinkt selbst	
3	Vorrichten und/oder teilweise Beobachtung der Nahrungsaufnahme	
4	Vorrichten der Nahrung, der Pat. muss zum Essplatz gebracht werden	
5	Nahrung und Getränke müssen teilweise eingegeben werden	
6	Nahrung muss vollständig eingegeben werden od. ständige Beobachtung ist notwendig	
7	künstliche Ernährung oder Überwachung der Ein- und Ausfuhr	

2 Mobilität		
1	selbstständig	
2	selbstständig gehfähig bzw. mobil mit Hilfsmittel	
3	gehfähig mit teilweiser Unterstützung einer Pflegeperson	
4	gehfähig bzw. mobil nur mit Hilfe Dritter	
5	weitgehende Bettlägrigkeit	
6	gehfähig mit Hilfe zweier Pflegepersonen, tägl. Mobilitätstraining	
7	vollständige Bettlägrigkeit und/oder hoher Mobilitätsaufwand, tgl. spezielles Mobilitätstraining	

Name:

3 Ausscheidung		
1	selbstständig	
2	muss zeitweise zur Toilette geführt oder daran erinnert werden	
3	muss laufend zur Toilette geführt werden	
4	Fremdhilfe nötig, Flasche oder Schüssel	
5	fallweise harninkontinent	
6	harninkontinent – Inkontinenzpflege	
7	stuhl- und harninkontinent	

4 Körperpflege		
1	selbstständig	
2	selbstständig, fallweise anhalten zur Körperpflege	
3	Hilfestellung beim Baden, Duschen, Nagelpflege, fallweise bei der Körperpflege mithelfen	
4	leichte Hilfe bei der tägl. Körperpflege	
5	braucht tägl. Anregung/Anleitung und Beaufsichtigung zur Körperpflege	
6	intensive Hilfe bei der Körperpflege außer Gesicht und Hände	
7	Körperpflege wird völlig durch Dritte übernommen	

5 An- und Auskleiden		
1	alleine möglich, übernimmt die Versorgung der Wäsche selbst	
2	alleine möglich, Versorgung der Wäsche wird übernommen	
3	alleine möglich, Hilfe bei der Vor- und Nachbereitung der Wäsche nötig	
4	Anleitung für einzelne Verrichtungen ist noch notwendig	
5	Hilfe für max. 3 Verrichtungen (Unterwäsche, Pullover, Strümpfe anziehen, ...)	
6	Hilfe für mehr als 3 Verrichtungen	
7	nur mit Hilfe möglich od. dauernde Anleitung/Beobachtung beim An- und Ausziehen notwendig	

6 Lagerung		
1	nicht notwendig	
2	Verwendung von max. 2 Hilfsmitteln, Lagerung beim zu Bett gehen	
3	Lagerung im Bett zu Mahlzeiten, ruhen und schlafen	
4	Verwendung von mindestens 3 Hilfsmitteln nötig	
5	Lagewechsel nachts, vorgegebene Zeiten	
6	regelmäßiges Umlagern mit Lagerungsmaterial od. Anwenden von spez. Lagerungstechniken	
7	wie Punkt 6 und/oder unter erschwerten Bedingungen, mind. 2 Pflegepersonen	

7 Vorrichten und Einnehmen von Medikamenten		
1	selbstständig	
2	Besorgen der Medikamente, sonst selbstständig	
3	Medikamente werden vorbereitet bzw. Bedarfsmedikamente	
4	Vorbereiten und austeilen der Medikamente	
5	Abgabe und Überwachung der Medikamenteneinnahme	
6	erschwerte Medikamenteneinnahme	
7	erhöhter Zeitaufwand ist erforderlich	

Name:

8 Geistig – psychischer Bereich, soziales Verhalten		
1	ausgeglichen, keine Einschränkungen, selbstständige Gestaltung des Alltags	
2	ausgeglichen durch Medikamenteneinnahme, weitgehend selbstständige Tagesgestaltung	
3	Stimmungsschwankungen, Antriebslosigkeit – lässt sich aber zu Aktivitäten/gemeinsamen Unternehmungen animieren	
4	einige Zeit anhaltende Veränderungen wie Uneinsichtigkeit, ...	
5	wiederkehrende Veränderungen, Beobachtung und Betreuung erforderlich	
6	auf Grund der psych. Erkrankungen Selbst – oder Fremdgefährdung, Leidensdruck	
7	kontinuierliche Beobachtung und tägl. zeitintensive Betreuung notwendig	

9 Orientierung		
1	voll orientiert	
2	zeitweise desorientiert, findet sich in gewohnter Umgebung zurecht	
3	leichte Orientierungsschwierigkeiten, bedarf der Hilfe anderer Personen	
4	desorientiert meist nur nachts	
5	schwankt zwischen leichter und schwerer Desorientierung	
6	dauernd schwer desorientiert	
7	schwer desorientiert mit belastender Auswirkung auf die Umgebung	

10 Wohnsituation / Haushaltsführung		
1	selbstständige Lebensführung möglich	
2	gelegentlich Hilfe bei der Wohnungsversorgung notwendig	
3	wöchentliches Aufräumen ist notwendig	
4	tgl. Aufräumen ist notwendig, geringe Eigenleistung	
5	bauliche Situation schränkt bei den Lebensaktivitäten ein	
6	Gefährdung durch die bauliche Situation	
7	volle Übernahme der Versorgung	

11 Spezielle Pflege (pflegerisch-medizin.-therap. Maßnahmen)		
1	Es ist keine spezielle Behandlungspflege notwendig	
2	nach Vorbereitung und Anleitung führt der Pat. seine Behandlung selbst durch	
3	wie Punkt 2, aber Kontrolle	
4	tgl. Kontrolle und/od. leichte Behandlung erforderlich (RR, BZ, einreiben, Bandagen, ...)	
5	tgl. Unterstützung/Übernahme der Pflege, mehrm. Behandlung erforderl. (VW, Salbenth., Bandagen, ...)	
6	umfangreiche Pflege/Behandlung erforderlich (2-3x VW, Dekubitusbehdg., regelm. Klysmen/Einläufe, ...)	
7	intensive Pflege erforderl. (z.B. regelm. Absaugen, Kanülen-/Sonderpflege, häufige VW, Vitalzeichenkontrolle, ...)	

12 familiäre Situation / Sozialkontakte		
1	Ansprechpartner vorhanden	
3	intaktes soziales Netz außerhalb der Familie	
5	soziales Netz innerhalb und außerhalb der Familie fehlt	
7	soziales Netz innerhalb und außerhalb der Familie wirkt stark belastet	

Name:

Sonstiges			
Schluckstörung	☐	hochgradig sehbehindert	☐
künstl. Ernährung (Sonde)	☐	blind	☐
Diabetiker(in)	☐	schwerhörig	☐
... insulinpflichtig	☐	taub	☐
Diät ☐ zuckerfrei	☐	dialysepflichtig	☐
Beinamputation einseitig	☐	Herzschrittmacher	☐
Beinamputation zweiseitig	☐	Allergien	☐
Prothese(n)	☐	infektiöse Erkrankungen	☐
Rollstuhlfahrer(in)	☐	Hepatitis	☐
Hemiplegie	☐	MRSA	☐
Paraplegie	☐	Stoma	☐
andere Hilfsmittel	☐	Adipositas ☐ Körpergewicht	☐
Sturzgefährdet	☐	Dekubitus	☐
Dauerkatheter	☐	Ulcus	☐
Tracheotomiert	☐		

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Heimentgelte – Tarif 2025

für die Pflegeheime des Sozialhilfeverbandes Ried

Aufgrund des Beschlusses des Verbandsvorstandes vom 06.11.2024 werden gemäß §§ 32 Abs. 3 und 63 Abs. 7 Oö. Sozialhilfegesetz 1998 (SHG), LGBl. Nr. 82/1998 idgF und gemäß den §§ 24 und 25 Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung (Oö. HVO), LGBl.Nr. 29/1996 idgF und gemäß § 11 Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG), BGBl. Nr. 746/1996 idgF die Entgelte **ab 1. Jänner 2025** wie folgt festgesetzt:

Hinweis: Das gesamte Heimentgelt bildet die Summe aus Grundentgelt und Pflegezuschlag

I. DAUERPFLEGEPLÄTZE:

<u>Grundentgelt</u>	<u>täglich</u>	<u>monatlich (31 Tage)</u>
a. Einbettzimmer	€ 157,00	€ 4.867,00
b. Zweibettzimmer (pro Person)	€ 143,00	€ 4.433,00

II. KURZZEITPFLEGEPLÄTZE: (maximal 3 Monate möglich)

<u>Grundentgelt</u>	<u>täglich</u>
a. Einbettzimmer	€ 157,00
b. Zweibettzimmer	€ 143,00

III. TAGESPFLEGE:

<u>Grundentgelt</u>	<u>täglich</u>
a. bis 4 Stunden	€ 52,00
b. über 4 Stunden	€ 63,00
Schnuppertag	€ 15,00

<u>zuzgl. Transportkosten</u>	<u>Eigenanteil je Fahrt</u>
	€ 18,00

IV. PFLEGEZUSCHLÄGE:

Zum Grundentgelt bei Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen werden zur Abgeltung des erforderlichen Pflegeaufwandes Pflegezuschläge verrechnet. Ab der Pflegestufe 2 betragen diese Zuschläge **80% des jeweiligen Pflegegeldes**:

In der Stufe 1: Das gesamte Pflegegeld abzüglich Taschengeld (TG) von in der Regel **€ 57,70**.

In der Stufe 2: Grundsätzlich 80% des jeweiligen Pflegegeldes¹.

Hinzuzurechnen sind sodann allfällige Ausgleichszulagen nach den Pflegegeldgesetzen.

Bei Heimbewohnern, die zur Deckung der Heimkosten Soziale Hilfe in Anspruch nehmen, behält der Pensionsversicherungsträger vom Pflegegeld den Betrag, der nach Abzug des Pflegezuschlages und des Taschengeldes verbleibt, als sogenannten **Ruhensbetrag** zurück.

STUFE	PFLEGEGELD (in €)	PFLEGEZUSCHLAG	RUHENS BETRAG
1	200,80 - TG € 57,70 =	€ 143,10	€ 00,00
2	370,30 80 % =	€ 296,20	€ 16,40
3	577,00 80 % =	€ 461,60	€ 57,70
4	865,10 80% =	€ 692,10	€ 115,30
5	1.175,20 80% =	€ 940,20	€ 177,30
6	1.641,10 80% =	€ 1.312,90	€ 270,50
7	2.156,60 80% =	€ 1.725,30	€ 373,60

HINWEIS: Bei der Tagespflege ergibt sich der tägliche Pflegezuschlag aus 1/30 des oben angeführten (monatlichen) Pflegezuschlags.

V. VERPFLEGUNGSKOSTEN (Ermäßigung):

Ermäßigung im Falle von Abwesenheiten gemäß § 24 Abs.1 Ziff.8 der Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung idgF. Für die Dauer von Abwesenheiten vermindern sich die gemäß Punkt I festgesetzten Heimentgelte im jeweiligen Heim je Abwesenheitstag (00.00 bis 24.00 Uhr) um **täglich 6,00 Euro**.

VI. TELEFONBENÜTZUNG:

Für die Benützung des heimeigenen Telefons wird eine Gebühr von **€ 0,07** pro begonnene Gesprächseinheit berechnet. Telefon (Eberschwang) Leihapparat **€ 1,00** täglich.

VII. Wäschemarkierung - Pauschale:

Für das Einmerken der Wäsche wird ein Pauschalbetrag von **€ 55,00** berechnet.

BEZAHLUNG der HEIMENTGELTE

I. SELBSTZAHLER:

Voraussetzung:

1. 80% des gesamten Einkommens und 80% des Pflegegeldes reichen zur Deckung der Heimkosten aus (erforderliche Nettopension – vorbehaltlich der genauen Berechnung durch die Bezirkshauptmannschaft - für Einbettzimmer rund € 6.083,75; für Zweibettzimmer: € 5.541,25 zur Bezahlung der Grundgebühr; der Pflegezuschlag wird über das Pflegegeld gedeckt).
2. Neben dem Einkommen bestehen fortlaufende Rechtsansprüche gegenüber Dritten bzw. private Vereinbarungen mit Dritten, die eine Deckung der Heimkosten sicherstellen.
3. Die Kosten der **Kurzzeitpflege** und **Tagespflege** sind jedenfalls selbst zu bezahlen.

II. SOZIALE HILFE zur Deckung der Heimkosten:

Voraussetzung:

Ein Anspruch auf die Gewährung sozialer Hilfe besteht, wenn 80% des gesamten Einkommens (z.B. Pensionen und Renten) und 80% des Pflegegeldes zur Deckung der Heimkosten nicht ausreichen. In diesem Fall beschränkt sich die Eigenleistung auf 80% der Einkünfte und 80% des Pflegegeldes. Bestehende Unterhaltungspflichten des Heimbewohners oder der Heimbewohnerin sind im Einzelfall bei der Festsetzung des Kostenbeitrages zu berücksichtigen.

Die Differenz auf die tatsächlichen Heimkosten trägt der Sozialhilfeverband.

KOSTENERSATZLEISTUNGEN:

Kostenersatzverpflichtungen durch Dritte:

1. Gesetzlich zum Unterhalt verpflichtete Angehörige des Empfängers sozialer Hilfe im Rahmen ihrer Unterhaltungspflicht. In der Regel sind davon nur Ehegatten betroffen.
2. Personen, gegen die der Sozialhilfeempfänger fortlaufende Rechtsansprüche aus vertraglichen Verpflichtungen (Übergabeverträge udgl.) hat.

Ausnahme: Ansprüche auf laufende Ausgedingeleistungen gegenüber Kindern und Enkelkindern sowie deren Ehegatten.