



Antrag – Betreuung 2024

Haus- und Heimservice / Unterstützung im Alltag

Ich ersuche um Haus- und Heimservice und verpflichte mich, einen aktuellen Einkommensnachweis (inkl. Pflegegeld) vorzulegen.

Name:	Sozialversicherungsnummer + Geburtsdatum:/.....
Anschrift:	Tel.-Nr. (+ ev. Angehörige):
Betreuungsbeginn:	Pflegegeldstufe (bitte Bescheid-Beilage):

Jährlich werden die sozial gestaffelten Einkommensgrenzen nach der vom Land OÖ bereitgestellten Tariftabelle für „Mobile Dienste“ angepasst.

Gesamteinkommen einschließlich Pflegegeld		Kostenbeitrag je Stunde
Alleinstehende:	Familienverband/Lebensgemeinschaft	
bis € 1.417,96	bis € 2.121,46	€ 16,10
bis € 1.917,96	bis € 2.621,46	€ 18,60
bis € 2.317,96	bis € 3.021,46	€ 21,90
über € 2.317,96	über € 3.021,46	€ 25,10

Ab 01.01.2024 gilt laut Förderungsvertrag des Sozialhilfeverbandes Freistadt mit dem SMB Lasberg der festgestellte Tarif für 15 Leistungsstunden je Monat. Für Leistungen über dieses Monatsausmaß hinaus sowie für nicht förderbare Leistungen wird ein Zuschlag von € 5,50 je Stunde verrechnet. Nicht-Mitglieder entrichten einen einmaligen Beitrag von € 45,00. Um in dringendem Bedarfsfall (zB. nach einem Krankenhausaufenthalt) Klienten ohne Pflegestufe kurzzeitig zu unterstützen, wird ein zusätzlicher Aufschlag pro Essensportion bzw. pro Betreuungsstunde von € 3,00 verrechnet.

Erklärung zum Datenschutz: Ich stimme zu, dass meine Daten (Name, Anschrift, SV-Nummer, Geburtsdatum, Tel.-Nr., Betreuungsbeginn und -ende, Pflegegeldstufe, Lebenssituation, Betreuungsleistung, Anzahl der geleisteten förderbaren bzw. nicht förderbaren Stunden) zum Zweck der laufenden Abrechnung und im Sinne des Pflegefonds- und Datenschutzgesetzes zum Zweck der Weitergabe an den Sozialhilfeverband Freistadt (Förderungsgeber) beim Verein SMB Lasberg verarbeitet werden.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden, was jedoch zur Folge hat, dass das Haus- u. Heimservice eingestellt werden muss.

..... (Datum) (Unterschrift)
------------------	-------------------------



SMB Büro: Edlau 36/3, 4291 Lasberg, ☎ 07947/21188, smb-buero@epnet.at, www.smbplus.at

Bank-Einzugsermächtigung SEPA Lastschrift-Mandat

Ich stimme zu, zur Verrechnung des Kostenbeitrages einen **Bank-Einzugsauftrag** zu Gunsten des Sozial-Medizinischen Betreuungsringes (SMB-Lasberg) bei einem Geldinstitut abzuschließen. Im Falle des Wegfalls der begehrten Hilfe, werde ich dies rechtzeitig der Mitarbeiterin des SMBs oder beim zuständigen Gemeindeamt melden.

Mandatsreferenz des Empfängers (Vergabe durch SMB Lasberg = Zahlungsempfänger):

Zahlungsempfänger:

Creditor-ID: AT74ZZZ00000002872

Sozial-Medizinischer Betreuungsring (SMB Lasberg)

Edlau 36/3, 4291 Lasberg

Ich/wir ermächtige/n den Sozial-Medizinischen Betreuungsring (SMB Lasberg), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Sozial-Medizinischen Betreuungsring (SMB Lasberg) auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich/wir kann/können innerhalb von 56 Kalendertagen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

einmalig

wiederkehrend

Zahlungspflichtiger u. Kontoinhaber:

Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

IBAN

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift)