

Eingangsstempel

An das
 Amt der Kärntner Landesregierung
 Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege
 Unterabteilung Pflegewesen
 z. Hd. Frau Dr.ⁱⁿ Michaela Miklautz
 Mießtaler Straße 1/9021 Klagenfurt am Wörthersee

Antrag „Urlaub für pflegende Angehörige“

Gemäß den Richtlinien beim Amt der Kärntner Landesregierung einzureichen!

- 1. Turnus** **28. Feber bis 07. März 2021**
- 2. Turnus** **07. März bis 14. März 2021**
- 3. Turnus** **14. März bis 21. März 2021**

Einsendeschluss: **29.01.2021**

Alle Aufenthalte finden im Gesundheitshotel Bad Bleiberg statt!

- Erstantrag**
- Folgeantrag: letzter Aufenthalt im Frühjahr 20.. / Herbst 20..**

1. Angaben zur Person, die den Angehörigen pflegt (Antragsteller/in):

Familienname		Vorname	
Familienname zur Zeit der Geburt			SV-Nr.
Datum und Ort der Geburt			
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
Österreichische Staatsbürger/in <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		EU-Bürger/in (Aufenthaltsberechtigung)	
Hauptwohnsitz seit		PLZ/Ort	
Straße/Hausnr.			Tel.-Nr.
Art des Angehörigenverhältnisses?			
Liegt mit der/m Pflegebedürftigen ein gemeinsamer Haushalt vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

2. Angaben zur/m Pflegebedürftigen:

Familiennamenname		Vorname	
Familiennamenname zur Zeit der Geburt			SV-Nr.
Datum und Ort der Geburt			
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
Österreichische Staatsbürger/in <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		EU-Bürger/in (Aufenthaltsberechtigung)	
Hauptwohnsitz seit		PLZ/Ort	
Straße/Hausnr.			Tel.-Nr.

3. Angaben zur Pflege

Wird die/der Pflegebedürftige ständig durch die/den Antragsteller/in gepflegt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, seit wann?
Pflegestufe <input type="checkbox"/> seit <input type="checkbox"/>
Persönlicher Pflegeaufwand der/des Antragstellers/in in Stunden/Monat (nach eigener Einschätzung)
.....
Werden professionelle Pflegedienstleistungen in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welcher Art (Hauskrankenpflege, Hauskrankenhilfe, Heimhilfe – Dienstleister)?
.....
.....
Ausmaß in Stunden/Monat (Nachweis lt. Richtlinien)
Wird die/der Pflegebedürftige auch durch andere Angehörige gepflegt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, durch wen? (Name, Adresse, Telefonnummer, Pflegeaufwand in Stunden/Monat)
.....
.....
.....
.....

4. Wünsche für die Pflege zu Hause

Bitte geben Sie uns bekannt, zu welchen Pflege Themen Sie im Rahmen Ihres Aufenthaltes informiert werden möchten: Kreuzen Sie bitte max. drei Themen an, die Sie für Ihre häusliche Pflege Tätigkeit benötigen.

- Umgang mit verwirrten alten Menschen
- Erste Hilfe Maßnahmen für die häusliche Pflege
- Begleitung in der letzten Lebenszeit
- Körperliche und seelische Aktivierung bei Pflegebedürftigkeit
- Selbstfürsorge für pflegende/betreuende Angehörige

Darüber hinaus interessiert mich noch besonders

.....
.....

5. Erklärung:

Ich erkläre:

- dass ich die Richtlinien zum „Urlaub für pflegende Angehörige“ gelesen und zur Kenntnis genommen habe;
- dass meine im Antrag gemachten Angaben richtig, wahr und vollständig sind;
- dass ich der Überprüfung meiner Angaben durch die zuständigen Organe der Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege des Amtes der Kärntner Landesregierung zustimme;
- dass die Daten gem. § 83 Kärntner Mindestsicherungsgesetz LGBl. Nr. 15/2007 i.d.g.F. für statistische Auswertungen und wissenschaftliche Studien zur Verfügung stehen und automationsunterstützt verarbeitet sowie beim Amt der Kärntner Landesregierung gespeichert werden dürfen und
- dass ich der Übermittlung meiner Daten an die Kureinrichtung ausdrücklich zustimme und mir bekannt ist, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ich verpflichte mich:

- Änderungen von Voraussetzungen, die für die Gewährung eines „Urlaubs für pflegende Angehörige“ maßgeblich sind, unverzüglich dem Amt der Kärntner Landesregierung bekannt zu geben und
- allfällig zu Unrecht in Anspruch genommene Leistungen zurückzuzahlen;
- im Falle der Verhinderung unverzüglich das Amt der Kärntner Landesregierung davon in Kenntnis zu setzen.

Eidesstattliche Erklärung:

Ich, als Antragsteller/in erkläre an Eides statt,

dass mit der/dem Pflegebedürftigen ein Angehörigenverhältnis besteht
und ich die/den Pflegebedürftige/n seit mindestens zwei Jahren

im Rahmen der Familienpflege persönlich betreue.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller/in

Dem vollständig ausgefüllten Antrag sind folgende Nachweise in Kopie anzuschließen:

- Letztgültiger Pflegegeldbescheid
- Meldezettel der/des Antragstellers/in und der/des Pflegebedürftigen (nicht älter als sechs Monate) oder gemeindeamtliche Bestätigung (siehe nächste Seite)
- Die letzten drei Monatsrechnungen allfällig in Anspruch genommener mobiler sozialer Dienste (Hinweis: Bitte keine Einzahlungsbelege beilegen)

Bestätigung der Wohnsitzgemeinde/des Magistrats:

Hiermit wird bestätigt, dass die/der Antragsteller/in und die/der Pflegebedürftige

- an den im Antrag angegebenen Adressen den Hauptwohnsitz haben und zu einem mehr als viermonatigen Aufenthalt berechtigt sind.

Bestätigung
der Meldebehörde

.....
Ort, Datum

.....
Fertigung

Kontakt

Projektbeauftragte Dr.ⁱⁿ Michaela Miklautz
Abt. 5 – Gesundheit und Pflege – Unterabteilung Pflegewesen UAL Dr.ⁱⁿ Andrea Meisslitzer
9021 Klagenfurt am Wörthersee, Mießtaler Straße 1
Tel.: 050 536 DW 15456 Fax: 050 536 DW 15490
E-Mail: Abt5.pflegeurlaub@ktn.gv.at