**Antrag für einen Pflegeentlastungsdienst (PED)**

**Daten der zu betreuenden Person**

Familienname:  Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer:  PLZ/Ort:

Gemeinde:  Bezirk:

Tel.Nr. der zu betreuenden Person:

Name und Tel.Nr. der organisierenden Angehörigen:      

**Beginn des Einsatzes**

Gewünschter Einsatzbeginn:

Gewünschte Einsatzzeiten:

**Einkommensübersicht für die Berechnung des Stundentarifs**

Zur Berechnung Ihres Stundentarifs sind Einkommensbelege unbedingt erforderlich! Bitte diese bei Antragsübermittlung mitsenden.

**Angaben zur zu betreuenden Person: Angaben zum\*zur Lebenspartner\*in im**

**gemeinsamen Haushalt:**

Pension(en): €  Pension(en): €

evtl. Ausgleichszulage: € evtl. Ausgleichszulage: €

Sonstige Einkünfte (zB Mieterlöse, Pacht): € Sonstige Einkünfte (zB Mieterlöse, Pacht): €

**Bestätigung durch den\*die Antragsteller\*in**

Ich bestätige, die im beiliegenden Informationsblatt enthaltenen Bedingungen für den Pflegeentlastungsdienst (PED) gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben.

Weiters bin ich damit einverstanden, dass meine von der Einrichtung Caritas Mobile Familien- und Behindertenarbeit erhobenen Daten zum Zwecke der Tarifberechnung sowie in Folge zur Inanspruchnahme der Leistung PED erfasst und gespeichert werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit, ganz oder teilweise, ohne Begründung, in schriftlicher Form und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

……………………………………… ………………………………………….................

Ort, Datum Für die Richtigkeit der Angaben

der\*die Antragsteller\*in

Bei Rückfragen steht Ihnen die Einsatzleiterin der Mobilen Familien- und Behindertenarbeit Oststeiermark gerne zur Verfügung:

**Elisabeth Schwarzl, MA**

**Tel. 0676 88015 8316**

[**elisabeth.schwarzl@caritas-steiermark.at**](mailto:elisabeth.schwarzl@caritas-steiermark.at)

Caritas, Mobile Familien- und Behindertenarbeit Oststeiermark, Business Park 2, 8200 Gleisdorf

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Beiblatt für die Bestätigung   
der Übernahme der Kostenträgerrechnung   
für einen Pflegeentlastungsdienstes (PED)**

**Zur Vorlage bei der Wohnsitzgemeinde**

Dieses Beiblatt ist bei Beantragung eines Pflegeentlastungsdienstes (PED) der Wohnsitzgemeinde vorzulegen.

Folgende zu betreuende Person aus Ihrer Gemeinde hat bei der Einrichtung „Caritas Mobile Familien- und Behindertenarbeit“ einen Pflegeentlastungsdienst (PED) beantragt:

*Durch die antragstellende Person bzw. durch Angehörige auszufüllen:*

**Familienname:**       **Vorname:**

**Straße/Hausnummer:**       **PLZ/Ort:**

*Durch die Wohnsitzgemeinde auszufüllen:*

**Auf Basis der Kooperationsvereinbarung zwischen Caritas der Diözese Graz-Seckau und dem Sozialhilfeverband Weiz erfolgt eine Zuzahlung zum Pflegeentlastungsdienst (PED)**für die Leistungserbringung im Bezirk Weiz lt. aktuellem Stundentarif der Caritas Steiermark.

Die Rechnungslegung ergeht im Sinne der §§ 16 u. 17 des Steirischen Sozialhilfegesetzes (StSHG) an den

Sozialhilfeverband Weiz.

**Hiermit wird bestätigt, dass die antragstellende Person ihren Wohnsitz in unserer Gemeinde gemeldet hat.**

…………………………………………… ………………………………………………………

Ort, Datum Unterschrift u. Stempel

Bei Rückfragen steht Ihnen die Einsatzleiterin der Mobilen Familien- und Behindertenarbeit Oststeiermark gerne zur Verfügung:

**Elisabeth Schwarzl, MA  
 Tel. 0676 88015 8316**[**elisabeth.schwarzl@caritas-steiermark.at**](mailto:elisabeth.schwarzl@caritas-steiermark.at)Caritas, Mobile Familien- und Behindertenarbeit Oststeiermark, Business Park 2, 8200 Gleisdorf