**Antrag für einen Einsatz durch den Pflegeentlastungsdienst (PED)**

**Daten der zu betreuenden Person**

Familienname:  Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer:  PLZ/Ort:

Gemeinde:  Bezirk:

Tel.nr. der zu betreuende Person:

Name der/des organisierenden Angehörigen:  Tel.nr.:

Personen im gemeinsamen Haushalt (Name, Verwandtschaftsverhältnis):

**Einsatzgrund** (bitte ankreuzen)

Entlastung pflegender Angehöriger

Sonstige Anlässe:

**Beginn des Einsatzes**

Gewünschter Einsatzbeginn:

gewünschte Arbeitszeiten (bitte ankreuzen):  Vormittag  Nachmittag  flexibel

Anmerkungen:

**Einkommensübersicht für die Berechnung des Stundentarifs**

Zur Berechnung Ihres Stundentarifs sind die Belege Ihres Einkommens unbedingt erforderlich! Bitte diese bei Antragsübermittlung mitsenden.

**Angaben zur zu betreuenden Person:**

Pension(en): €

Pflegegeld: €  Stufe:  evtl. Ausgleichszulage: €

Sonstige Einkünfte (zB Mieteinnahmen, Pacht): €

**Bestätigung AntragstellerIn**

Ich bestätige, die im beiliegenden Informationsblatt enthaltenen Bedingungen für den Einsatz des 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 AntragstellerIn

Bei Rückfragen steht Ihnen die Einsatzleiterin der Mobilen Familien- und Behindertenarbeit Oststeiermark gerne zur Verfügung:Elisabeth Schwarzl,Tel 0676 88015 8316, elisabeth.schwarzl@caritas-steiermark.at

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

**Beiblatt für die Bestätigung der Übernahme der**

**Kostenträgerrechnung für den Einsatz des**

**Pflegeentlastungsdienstes (PED)**

**Zur Vorlage bei der Wohnsitzgemeinde**

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

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

*Durch die Person/Angehörigen auszufüllen:*

**Familienname:**       **Vorname:**

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

*Durch die Wohnsitzgemeinde auszufüllen:*

**Zuzahlung zum Pflegeentlastungsdienst (PED)**  lt. aktuellem Stundentarif der Caritas Steiermark.

Die Rechnungslegung kann im Sinne der §§ 16 u. 17 des Steirischen Sozialhilfegesetzes (StSHG) an folgenden Kostenträger erfolgen (bitte ankreuzen):

**Sozialhilfeverband** …………………………………………………….(bitte genaue Bezeichnung anführen)

**ISGS** ……………………………………………………………………..(bitte genaue Bezeichnung anführen)

**Gemeinde** ……………………………………………………………….(bitte genaue Bezeichnung anführen)

Hiermit wird bestätigt, dass die antragstellende Person ihren Wohnsitz in unserer Gemeinde gemeldet hat und die Übernahme der Kostenträgerrechnung von der oben angeführten Stelle (Gemeinde/SHV/ISGS) erfolgt. Eine Abklärung der Übernahme der Kosten ist mit dem angeführten Kostenträger von Seiten der Gemeinde erfolgt.

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

Ort, Datum Unterschrift u. Stempel

Bei Rückfragen steht Ihnen die Einsatzleiterin der Mobilen Familien- und Behindertenarbeit Oststeiermark gerne zur Verfügung:Elisabeth Schwarzl,Tel 0676 88015 8316, elisabeth.schwarzl@caritas-steiermark.at

Caritas der Diözese Graz-Seckau, Mobile Familien- & Behindertenarbeit, 8010 Graz, Grabenstraße 39

🕿 0316/ 8015 DW 418**,** Fax: 0316/8015-480, email: [kinder.jugend.familienarbeit@caritas-steiermark.at](mailto:kinder.jugend.familienarbeit@caritas-steiermark.at)   
Bankverbindung: Die Steiermärkische: IBAN: AT43 2081 5033 0070 5468, BIC: STSPAT2GXXX