

KOBV – Der Behindertenverband

1080 WIEN
LANGE GASSE 53

TEL. 01/406 15 86 – 21 DW
E-MAIL: urlaub@kobv.at

ZVR-Zahl: 86 81 48 653

Stand: 09/2020

Auszeit vom Pflegealltag

Aktivurlaub für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige im Erholungshaus Schloss Freiland

ANMELDUNG

A) Vor- und Nachname des pflegenden Angehörigen:

..... Telefon:

Adresse:

geboren am: Mitgliedsnummer:

Ich möchte den 14-tägigen Erholungsaufenthalt im Erholungshaus Schloss Freiland in der Zeit

von bis **mit meinem pflegebedürftigen Angehörigen, der durch mich zu Hause gepflegt wird, verbringen.**

B) Vor- und Nachname des pflegebedürftigen Angehörigen:

.....

Geb. Datum: Mitgliedsnummer:

Verwandtschaftsverhältnis:

Bezug des Pflegegeldes seit: Stufe: von:

RollstuhlfahrerIn schwer gehbehindert RollatorbenutzerIn

Die Angabe dieser gesundheitsbezogenen Daten erfolgt freiwillig. Die Daten dienen der Berücksichtigung Ihrer Bedürfnisse bei der Auswahl der Zimmer. Der Pflegegeldbezug ist Voraussetzung für die Teilnahme an dem geförderten Projekt.

Ich benötige Pflegedienstleistungen und bevorzuge folgenden Pflegedienstleister:

Volkshilfe Hilfswerk

Zutreffendes bitte ankreuzen:

!!! WICHTIG !!!

BITTE EINKOMMENSNACHWEISE UND EINEN NACHWEIS ÜBER DEN PFLEGEgeldBEZUG (z. B. aktueller Kontoauszug) BEILEGEN!

Einkommensangaben	A) des pflegenden Angehörigen	B) des Pflegegeldbeziehers
a) vom Sozialministeriumservice ohne Grundrente, Blinden- bzw. Pflegezulage, Pflegegeld	€	€
b) Pension	€	€
c) Arbeitslosengeld/Mindestsicherung	€	€
d) Einkommen aus einem Arbeitsverhältnis	€	€
e) Sonstiges Einkommen	€	€

Ich wurde darüber informiert, dass der Kostenzuschuss aus Mitteln des BMSGPK gefördert wird und trete für diesen Erholungsaufenthalt die Geltendmachung einer Zuwendung aus den Mitteln des Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderungen an den Kriegsopfer- und Behindertenverband ab.

Zustimmungserklärung:

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine oben genannten Daten verarbeitet und an das BMSGPK und etwaige andere Fördergeber zum Zwecke der Überprüfung der Verwendung der Mittel weitergegeben werden. Ich wurde auch darüber aufgeklärt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann. Für den Fall des Widerrufs verpflichte ich mich, den dem Förderbetrag entsprechenden Differenzbetrag zu bezahlen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass unrichtige Angaben die Gewährung eines Kostenzuschusses ausschließen.

.....
Datum

.....
Unterschrift des pfl. Angehörigen

.....
Datum

.....
Unterschrift des Pflegebedürftigen

Dieses Feld ist vom KOBV auszufüllen:

Kostenbeitragsrechnung	
Einkommen A	€
Einkommen B	€
Berechnungsgrundlage A	€
Berechnungsgrundlage B	€
	<u>Kostenbeitrag</u>
	A) €
	B) €
Vorzuschreibender gesamter Kostenbeitrag	<u>€</u>