

## AUFNAHMEANTRAG

### Familienname und Vorname

--

--	--	--	--

Geb. Datum                                      Geb. Ort                                      Staatsang.                                      Sozialvers.-Nr.

--	--	--	--

Fam. Stand                                      seit                                      Religion                                      Aktuelle Pflegestufe

### Hauptwohnsitz vor Heimeintritt

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Aufenthalt vor Aufnahme \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 (Krankenhaus, anderes Heim)

### Gesundheits- und Krankenakte

Hausarzt \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherungs Nr. \_\_\_\_\_

Rezeptgebührenbefreiung    \_\_\_\_\_ ja    \_\_\_\_\_ nein, wenn ja seit \_\_\_\_\_ Gültig bis \_\_\_\_\_

Patientenverfügung    \_\_\_\_\_ ja    \_\_\_\_\_ nein

Zuständiges Pfarramt \_\_\_\_\_ Sterbeversicherung \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

Bestattungsort \_\_\_\_\_ Bestattungswunsch \_\_\_\_\_

**Vertrauens-/Bezugsperson \_\_\_\_\_ja \_\_\_\_\_nein**

Vor-und Zuname	Stellung (Sohn, Tochter, etc.)

Adresse	E-Mail Adresse
	Telefon

**Erwachsenenschutz \_\_\_\_\_ja \_\_\_\_\_nein Sachwalter \_\_\_\_\_ja \_\_\_\_\_nein**

Vor-und Zuname	

Anschrift	Telefon

**Vertretungsbefugnis \_\_\_\_\_ja \_\_\_\_\_nein**

Vor-und Zuname	

Anschrift	Telefon

**Weitere Angehörige**

Vor-und Zuname	Stellung (Sohn, Tochter, etc.)

Anschrift	Telefon

Vor-und Zuname	Stellung (Sohn, Tochter, etc.)

Anschrift	Telefon

Vor-und Zuname	Stellung (Sohn, Tochter, etc.)

Anschrift	Telefon



**Haus am Weinberg Imst**

HL Katrin Stillebacher

Am Weinberg 17

A-6460 Imst

Tel. 05412-63398

Fax. 05412-63398-3003

e-mail: betagtenheim@imst.gv.at

**Beschreiben Sie bitte den momentanen Tagesablauf:**

Bei welchen täglichen Routinen wird Hilfe benötigt?

Gibt es Besonderheiten?

## Niederschrift, Vermögensverhältnisse

Familienname	Vorname
Geb.am	wohnhaft in:

### Ich erkläre hiermit, dass ich über folgende Vermögensverhältnisse verfüge:

#### Konto

Kontonr.	Bank,BLZ	Derzeitiger Saldo

#### Sparbuch

Sparbuch Nr.	Bank,BLZ	Derzeitiger Saldo

#### Liegenschaft

Gemeinde	Grundbuch-Nr.	Einlagezahl

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Angaben vollständig und richtig gemacht habe. Weiteres erkläre ich, dass ich über kein weiteres Vermögen verfüge.

Unterschrift des Antragstellers \_\_\_\_\_ Sachwalters \_\_\_\_\_

Erwachsenenschutzes, Beauftragten bzw. Angehörigen \_\_\_\_\_ (Stellung)

Ort, Datum \_\_\_\_\_

## Tarife und Finanzierung

Heimkosten pro Tag/Monat und Person (30 Tage)-Netto ab 01.01.2024 bis 31.12.2024

Bundes- od. Landes-Pflegegeld (Stufe)	HEIM-GEBÜHREN (Abrechnung 30 Tage im Monat)	Einbett- od. Doppelzimmer netto	Bettfreihaltegebühr* Bei Krankenhaus-aufenthalt, Kuren etc. Netto
Stufe 0	Betreuung 0	€ 72,04 / Tag. € 2 161,20 / Mon.	€ 64,84 / Tag
Stufe 1 € 192,00	Betreuung 1	€ 94,14 / Tag. € 2 824,20 / Mon.	€ 84,73 / Tag
Stufe 2 € 354,00	Betreuung 2	€ 111,81 / Tag. € 3 354,30 / Mon.	€ 100,63 / Tag
Stufe 3 € 551,60	Heimtarif Pflege 3	€ 139,21 / Tag. € 4 176,30 / Mon.	€ 125,29 / Tag
Stufe 4 € 827,10	Heimtarif Pflege 4	€ 166,62 / Tag. € 4 998,60 / Mon.	€ 149,96 / Tag
Stufe 5, € 1 123,50	Heimtarif Pflege 5	€ 186,94 / Tag. € 5 608,20 / Mon.	€ 168,25 / Tag
Stufe 6, € 1 568,90	Heimtarif Pflege 6	€ 204,62 / Tag. € 6 138,60 / Mon.	€ 184,16 / Tag
Stufe 7, € 2 061,80	Heimtarif Pflege 7	€ 213,45 / Tag. € 6 403,50 / Mon.	€ 192,11 / Tag

\*gültig ab dem 3. Tag

Die angegebenen Tarife verstehen sich ohne allfällige 10% Umsatzsteuer.



## Haus am Weinberg Imst

HL Katrin Stillebacher

Am Weinberg 17

A-6460 Imst

Tel. 05412-63398

Fax. 05412-63398-3003

e-mail: betagtenheim@imst.gv.at

Die Gemeinde \_\_\_\_\_ beantragt die Aufnahme  
von \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

im Haus am Weinberg der Stadt Imst. Die Gemeinde kommt für sämtliche Gebühren nach § 5 Abs 1 lit g, Tiroler Sozialhilfegesetz (Mindestsicherung stationäre Pflege für betreuungsbedürftige Personen), auf.

Weiteres verpflichtet sich die Gemeinde den INVESTITIONSKOSTENBEITRAG von € 24,39 plus 10% Mehrwertsteuer pro Tag zu übernehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Stempel u. Unterschrift der Wohnsitzgemeinde)

Für weitere Auskünfte stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung:

Heimleitung:

Katrin Stillebacher

Tel. 05412/63398

e-mail: betagtenheim@imst.gv.at

Imst, am \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_