

## 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](mailto: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 \_\_\_\_\_

# SPARGUTHABEN

Name: \_\_\_\_\_

Sparguthaben, Wertpapiere, Bausparer, etc. (Kopien anbei):

---

---

---

---

Erträge aus Versicherungen (Lebensversicherung, Kranken-/Unfallversicherung, etc. (Kopien anbei):

---

---

---

Liegenschaftsbesitz/Wohnrecht/Fruchtgenuss/...

---

---

---

Hiermit bestätige ich, dass außer den angegebenen Sparguthaben keine weiteren Sparguthaben vorhanden sind.

Ich besitze keine Sparguthaben/Erträge/Liegenschaften.

Datum: \_\_\_\_\_

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

## Tarife und Finanzierung

Heimkosten pro Tag/Monat und Person (30 Tage)-Netto ab 01.01.2025 bis 31.12.2025

Bundes- od. Landes-Pflegegeld (Stufe)	HEIM-GEBÜHREN (Abrechnung 30 Tage im Monat)	Einbett- od. Doppelzimmer netto	Bettfreihaltegebühr* Bei Krankenhausaufenthalt, Kuren etc. Netto
Stufe 0	Betreuung 0	€ 74,57 / Tag. € 2.237,10 / Mon.	€ 67,11 / Tag
Stufe 1 € 200,80	Betreuung 1	€ 96,67 / Tag. € 2 900,10 / Mon.	€ 87,00 / Tag
Stufe 2 € 370,30	Betreuung 2	€ 114,34 / Tag. € 3 430,20 / Mon.	€ 102,91 / Tag
Stufe 3 € 577,00	Heimtarif Pflege 3	€ 145,80 / Tag. € 4 374,00 / Mon.	€ 131,22 / Tag
Stufe 4 € 865,10	Heimtarif Pflege 4	€ 174,86 / Tag. € 5 245,80 / Mon.	€ 157,37 / Tag
Stufe 5, € 1 175,20	Heimtarif Pflege 5	€ 196,42 / Tag. € 5 892,60 / Mon.	€ 176,78 / Tag
Stufe 6, € 1 641,10	Heimtarif Pflege 6	€ 215,16 / Tag. € 6 454,80 / Mon.	€ 193,65 / Tag
Stufe 7, € 2 156,60	Heimtarif Pflege 7	€ 224,54 / Tag. € 6 736,20 / Mon.	€ 202,08 / Tag

\*gültig ab dem 2. 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 € 24,83 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: \_\_\_\_\_

## SEPA- Lastschrift - Mandat (Ermächtigung)

### Mandatsreferenz

Vergabe durch Zahlungsempfänger, max.35 stellig

### Zahlungsempfänger

Stadtgemeinde Imst  
Rathausstraße 9  
6460 Imst

**Creditor ID:** AT56ZZZ00000003099

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die Stadtgemeinde Imst Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ unser Kreditinstitut an, die von der Stadtgemeinde Imst auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA – Lastschriften einzulösen.

Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Zahlungspflichtiger

Name .....

Anschrift .....

IBAN .....

BIC .....

**Zahlungsart**       Wiederkehrender Einzug       Einmaleinzug

Ort, Datum .....

Unterschrift .....



## Beilage zur Vereinbarung über den Einzug von Forderungen im Wege des SEPA DIRECT DEBIT Core Verfahrens (SEPA Lastschrift, nicht final)

### 1. Mandatsgestaltung

Ein SEPA Lastschrift-Mandat kann sowohl als eigenes Mandat gestaltet werden als auch als Bestandteil eines Bestellformulars etc.

### 2. Mandatssprache und Mandatstext

Das Mandat muss für die Verwendung in Österreich zumindest in deutscher Sprache sein. Für die Verwendung bei grenzüberschreitenden Einzügen jeweils in der Landessprache bzw. falls die verwendete Sprache für den Zahlungsempfänger nicht eindeutig ist, ergänzt um Englisch.

Die unter Pkt.4 beschriebenen, verpflichtenden Mandatstexte stellen wir Ihnen auf Anfrage gerne auch in den Sprachen der verschiedenen SEPA-Länder zur Verfügung.

### 3. Bestandteile des Mandatsformulars

Jedes SEPA Lastschrift-Mandat umfasst folgende Bestandteile, von denen einige verpflichtend anzugeben sind, andere optional verwendet werden können.

Titel	SEPA Lastschrift-Mandat	Verpflichtend
1	Mandatsreferenz	Optional
2	Name des Zahlungspflichtigen	Verpflichtend
3	Adresse des Zahlungspflichtigen Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort Land	Verpflichtend
4	IBAN des Zahlungspflichtigen	Verpflichtend
5	BIC der Bank des Zahlungspflichtigen	Verpflichtend
6	Name des Zahlungsempfängers	Verpflichtend
7	Creditor-ID	Verpflichtend
8	Adresse des Zahlungsempfängers Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort Land	Verpflichtend
9	Art der Zahlung (Einmalig, Wiederkehrend)	Optional
10	Ort und Datum der Unterschrift(en)	Verpflichtend
11	Unterschrift(en)	Verpflichtend

### 4. Textierung des SEPA-Mandats

Zur Textierung des SEPA-Einzugsformulars ist am Formular folgende Textierung zu verwenden:

=====  
Ich ermächtige/ Wir ermächtigen [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir

unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## 5. Begriffsbestimmungen

### Mandatsreferenz

Die Mandatsreferenz ist ein maximal 35 stelliger, alphanumerischer Zeichensatz und vom Zahlungsempfänger frei wählbar. Am einfachsten ist es, bisher bestehende Kundennummern dafür weiter zu verwenden (z.B. Polizzennummern bei Versicherungen).

Wichtig:

**Die Mandatsreferenz muss eindeutig einem Einzug zugeordnet werden.**

Es dürfen nicht mehrere Einzüge desselben zahlungspflichtigen Kunden mit derselben Mandatsnummer versehen sein.

### Creditor – ID (Gläubiger-Identifikationsnummer)

Die Creditor – ID ist die eindeutige Kennung eines Zahlungsempfängers und muss bei jeder SEPA Lastschrift angegeben werden.

Die Vergabe erfolgt in Österreich ausschließlich über die Hausbank bei der OeNB.

Sie ist 18-stellig und (beispielhaft) wie folgt aufgebaut:

AT18ZZZ12345678901

AT	ISO Ländercode
18	Prüfziffer
ZZZ	Business Area Code*

12345678901 11- stelliges, nationales Erkennungszeichen

\* kann vom Zahlungsempfänger frei vergeben werden, um z.B. einen bestimmten Geschäftsbereich zu kennzeichnen



Der/die BewohnerIn : .....

1.) erteilt dem städtischen Betagtenheim Imst, Am Weinberg 17, 6460 Imst, die Ermächtigung, Schriftstücke von Versicherungen, Sozialhilfeträgern (PVA, BVA und dgl.), sowie öffentlichen Einrichtungen zwecks sachgemäßer Abrechnung der Heimkosten, zu öffnen.

ja  nein

2.) stimmt dem Aushang im - und der Veröffentlichung, von Fotos, auf der Homepage des Betagtenheimes zu.

ja  nein

3.) **Ehrenamtliche** Begleitung durch Hospitzmitarbeiter erwünscht.

ja  nein

4.) **Seelsorgerische** Betreuung durch ehrenamtliche Mitarbeiter erwünscht.

ja  nein

Datum:

Unterschrift:

# Checkliste für Heimaufnahme

Um den Heimeinzug für die Bewohnerin/den Bewohner zu erleichtern, bitten wir Sie gern getragene Kleidungsstücke mitzubringen (nicht neu gekaufte Kleider). Der Mindestbedarf an Bekleidung sollte mindestens zwei Tage vor Heimaufnahme in der Verwaltung abgegeben werden. Die Bekleidungsstücke werden dann umgehend in der Wäscherei markiert und an die Station retourniert.

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| ° 10 Unterhosen                       | ° Kleider                                |
| ° 10 Unterleibchen                    | ° Hosen                                  |
| ° Nachthemden oder Pyjama             | ° Hemden                                 |
| ° 10 Paar Socken                      | ° 10 Paar Strümpfe                       |
| ° 2 Paar Hausschuhe (keine Schlüpfen) | ° 2 Paar feste Schuhe, Stiefel           |
| ° Strumpfhosen dick und dünn          | ° Mantel oder feste Jacke                |
| ° Blusen                              | ° Handschuhe und Mützen für Spaziergänge |
| ° Röcke                               |  |
- Toilettentasche mit Taschentüchern, Gesichtscreme, Seife, Nagelfeile und Schere, Kamm und Bürste, Zahnpasta, Zahnbürste, Prothesenbecher, Prothesenreinigungstabletten
  - Lieblingsparfum, Haarschieber, Haarspangen
  - Bevorzugtes Rasierwasser, Rasierapparat oder Einwegrasierer, Rasierschaum

**Hygieneartikel werden nach Verbrauch von uns für die BewohnerInnen besorgt und wie die Kosten für Frisörbesuche und Fußpflege vom Depotgeld abgebucht.**

Alle weiteren Artikel sollten regelmäßig ergänzt werden. Bitte wenden Sie sich in regelmäßigen Abständen an das Pflegepersonal um zu erfahren, ob ausreichend Kleidung vorhanden ist.

Des Weiteren bitten wir Sie um Hinterlegung eines Depotgeldes, sowie um nachstehende Dokumente:

- e-card
- aktuellen Pensionsbescheid (auch ausländische Pensionen)
- aktuellen Pflegegeldbescheid
- Bankeinzugsermächtigung zum Abbuchen der 80% der Pension und des Pflegegeldes (Empfänger: Stadtgemeinde Imst, Betagtenheim, Konto-Nummer: IBAN: AT66 2050 2000 0000 0125 – BIC: SPIMAT21XXX bei der Sparkasse Imst)
- Nachweis über Sparguthaben (Sparbücher, Wertpapiere)
- Kontoauszug mit Salden vom letzten halben Jahr vor Heimaufnahme
- Nachweis über bestehendes Vermögen (Grundstücke, Häuser etc.)
- Urkunden von vergangenem Vermögen: Übergabeverträge, Schenkungsverträge an Kinder, Ehegatten, Enkel etc.
- Geburtsurkunde und Staatsbürgerschaftsnachweis
- Reisepass oder Personalausweis
- eventuell Sachwalterbeschluss bzw. Vertretungsbefugnis
- Depotgeld (ca. € 200,00)

**Wir hoffen auf eine gute Zusammenarbeit und danken im Vorhinein.**

Heimleitung  
Katrin Stillebacher

**Ärztliches Zeugnis**  
**(gem. § 140 h NO i.V.m. § 268 ABGB)**

.....  
*(Name und Adresse des Arztes)*

bestätigt hiemit, dass

.....  
auf Grund einer psychischen Krankheit / geistigen Behinderung,

*(nicht Zutreffendes bitte streichen)*

und zwar .....

.....  
*(Bezeichnung der Krankheit bzw. Behinderung)*

nicht in der Lage ist,

- a) die Wahrnehmung seiner Interessen in Verwaltungsverfahren und (verwaltungs-) gerichtlichen Verfahren selbst zu besorgen,
- b) die Verwaltung von Einkünften, Vermögen und Verbindlichkeiten selbst zu besorgen,
- c) Rechtsgeschäfte zur Deckung des Pflege- und Betreuungsbedarfs selbst abzuschließen,
- d) die Entscheidung über medizinische Behandlungen und den Abschluss von damit im Zusammenhang stehenden Verträgen vorzunehmen,
- e) die Änderung des Wohnortes und den Abschluss von Heimverträgen selbst vorzunehmen.

*(nicht Zutreffendes bitte streichen)*

Weiters wird bestätigt, dass der Betroffene nicht in der Lage ist, eine persönliche Belehrung über das Wesen und die Folgen der Erwachsenenvertretung und über die Möglichkeit des jederzeitigen Widerspruchs sowie über die Rechte und Pflichten des gesetzlichen Erwachsenenvertreters entgegenzunehmen. *(falls zutreffend bitte ankreuzen)*

....., am .....

*Ort und Datum*

*Arztstempel + Unterschrift des Arztes*