



Färbergasse 7
4400 Steyr

Tel: (07252) 574 - 0
Fax: (07252) 574 - 333
Email: office@gwg-steyr.at
<http://www.gwg-steyr.at>

AUFNAHMEANTRAG FÜR BETREUBARES WOHNEN

1. Angaben zur eigenen Person

Familiennamen: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Straße: Hausnr.:

PLZ: Ort:

Telefonnr.: Email:

Staatsbürgerschaft Religionsbekenntnis:

Familienstand: ledig verwitwet geschieden verheiratet mit

.....

in Lebensgemeinschaft mit

.....

Krankenversichert bei: Sozialvers.Nr.:

Von wem beziehen Sie Ihre Pension:

Monatl. Einkommen:

Bank: Bankleitzahl:

Kontonr.:

2. Angaben zu Angehörigen/Bezugspersonen

| | |
|--|----------------|
| Familienname: | Vorname: |
| Straße: | Hausnr.: |
| PLZ | Ort: |
| Telefonnr.: | Email: |
| Verwandtschaftsgrad: | |
| Sachwalter: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Name: | |
| (bitte Nachweis beilegen) | |

3. Gesundheitszustand/Soziales Umfeld

| | |
|--|--|
| Hausarzt: | |
| Pflegegeld: ja <input type="checkbox"/> | Stufe: um Erhöhung angesucht am: |
| nein <input type="checkbox"/> | angesucht am: |
| Bekommen Sie Hilfe von Angehörigen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | |
| Wenn ja, Häufigkeit (ungefähre Stundenanzahl):tgl./wtl./mtl. | |
| Bekommen Sie Unterstützung von Nachbarn/Bekanntem: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | |
| Wenn ja, Häufigkeit (ungefähre Stundenanzahl):tgl./wtl./mtl. | |
| Mobile Betreuung: ja <input type="checkbox"/> | durch: |
| Häufigkeit (ungefähre Stundenanzahl):tgl./wtl./mtl. | |
| nein <input type="checkbox"/> | |
| Nehmen Sie Besuchsdienste in Anspruch: ja <input type="checkbox"/> welche | |
| nein <input type="checkbox"/> | |
| Zubereiten von Mahlzeiten: | |
| <input type="checkbox"/> koche selbst | <input type="checkbox"/> durch Angehörige/Bekanntem/Nachbarn |
| <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern | <input type="checkbox"/> Gourmet-Menü od. Fertiggerichte |
| <input type="checkbox"/> Gasthaus | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

4. Wohnsituation

| | |
|---|--|
| Stockwerk: | Lift: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Verlassen der Wohnung alleine möglich? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Bad, in der Wohnung: | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> am Gang <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| WC, in der Wohnung: | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> am Gang <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| Können Haltegriffe montiert werden? | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Warmwasser: | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Wie beheizen Sie Ihre Wohnung: | Zentralheizung <input type="checkbox"/> Ölofen <input type="checkbox"/> Feststoffheizung <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| Behindertengerechter Zugang in das Haus: | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Befinden sich Stufen/Schwellen in der Wohnung: | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Stellen zu schmale Türbreiten ein Hindernis dar: | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, warum <input type="checkbox"/> | |
| Ist genügend Platz für eine behindertengerechte Ausstattung in der Wohnung (z.B. Pflegebett, Leibstuhl, Gehhilfen,..): | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Sind Adaptierungsmaßnahmen möglich: | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Waschmaschine vorhanden: | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| sonstige Waschmöglichkeiten | |
| Vertretung für Haus-, Keller- und Schneetouren: | vorhanden <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Erschwernisse, welche: | |

Ich werde jegliche Änderung meiner Wohnverhältnisse sowie meines Gesundheitszustandes (Höhe des Pflegegeldes etc.) **sofort** melden.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Erforderliche Beilagen:

- aktueller Pensionsabschnitt
- aktueller Pflegegeldnachweis
- ärztlicher Fragebogen

Sehr geehrte(r) Interessent/in!

Wir ersuchen Sie, dieses Formular vollständig auszufüllen und die erforderlichen Unterlagen beizulegen, da sonst Ihr Antrag nicht angenommen werden kann. Durch die Annahme des Antrages entsteht kein Rechtsanspruch auf eine Wohnung. Bitte übermitteln Sie den Antrag (samt Beilagen) an die GWG der Stadt Steyr, 4400 Steyr, Färbergasse 7.

Ärztlicher Fragebogen

Wir ersuchen den behandelnden Arzt um Ausfertigung, zum
Aufnahmeantrag für Betreubares Wohnen

Antragsteller/in:

Familienname:

SVNR.:

Vorname:

Straße:

PLZ:

Ort:

1. Welche Erkrankungen liegen zurzeit vor?

.....
.....

2. Ist eine Diät notwendig?

ja nein

Wenn ja – welche?

3. Geistig/psych. Einschränkungen:

ja nein

Wenn ja – welche?

4. Welche Medikamente sind einzunehmen?

.....
.....

5. Sonstige wichtige Informationen:

.....
.....

.....
Datum

.....
Unterschrift und Stampiglie des Arztes