**Antrag für einen Einsatz durch Klassische Familienhilfe**

**nach dem Steiermärkischen SHG (Familienarbeit/Altenbereich)**

**Daten der Familie**

Familienname 1. Person:  Familienname 2. Person:

Vorname:  Vorname:

Tel.nr.:  Tel.nr.:

Geburtsdatum:  Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer:  PLZ/Ort:

Gemeinde:  Bezirk:

Name und Geb.datum der zu betreuenden Kinder:

Weitere Personen im gemeinsamen Haushalt (Name, Verwandtschaftsverhältnis):

**Einsatzgrund:**

**Beginn des Einsatzes**

Gewünschter Einsatzbeginn:  gewünschte Einsatzzeiten:

**Einkommensübersicht für die Berechnung des Stundentarifs**

Zur Berechnung Ihres Stundentarifs sind Einkommensbelege unbedingt erforderlich! Bitte diese bei Antragsübermittlung mitsenden.

**Auszufüllen bei der Beantragung von Klassischer Familienhilfe im Altenbereich:**

**Angaben zur zu betreuenden Person: Angaben zum\*zur Lebenspartner\*in im**

**gemeinsamen Haushalt:**

Pension(en): €  Pension(en): €

Pflegestufe:  Pflegestufe:

evtl. Ausgleichszulage: € evtl. Ausgleichszulage: €

Sonstige Einkünfte (zB Mieterlöse, Pacht): €  Sonstige Einkünfte (zB Mieterlöse, Pacht): €

,

**Auszufüllen bei der Beantragung von Klassischer Familienhilfe im Bereich Familienarbeit** (Zutreffendes bitte ausfüllen)**:**

**a) Einkommen, unselbstständig Erwerbstätige:**

◼ Gehalt/Lohn netto der 1. Person €

◼ Gehalt/Lohn netto der 2. Person €

◼ Kinderbetreuungsgeld (bitte Tagsatz angeben): €

◼ Wochengeld €  ◼ Pension €

◼ Unterhalt €  ◼ Waisenpension €

◼ Alimente €  ◼ Witwen-\*Witwernpension €

◼ Arbeitslosengeld €  ◼ Pflegegeld €

◼ Notstands- od. Sondernotstandshilfe €  ◼ Mieteinnahmen, Pacht €

◼ Sozialhilfe €  ◼ Sonstige Einkünfte €

◼ Teilzeitbeihilfe €  ◼ Krankengeld €

◼ Einheitswertbescheid (Voll- u. Nebenerwerbslandwirte) Betrag €

**b) Einkommen, selbstständig Erwerbstätige:**

◼ Gesamtsteuerbescheid des letzten Jahres: €

**Mögliche Kostenübernahme** (bitte ankreuzen, wenn etwas zutrifft):

Versicherung bei Fremdverschulden  MUKI  Sonstiges

**Bestätigung Familie**

Ich bestätige die im beiliegenden Informationsblatt enthaltenen Bedingungen für den Einsatz einer Familienhilfe nach dem Steiermärkischen Sozialhilfegesetz (StSHG) 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 Klassische Familienhilfe 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 Antragsteller\*in

Bei Rückfragen stehen Ihnen die Einsatzleiterinnen der Einrichtungen der *Mobilen Familien- und Behindertenarbeit* Ihrer Region gerne zur Verfügung:

|  |  |
| --- | --- |
| **Region Südweststeiermark und GU Süd** **Maga Lucija** **Krizanc**  Tel 0676 88015 8385 [lucija.krizanc@caritas-steiermark.at](mailto:lucija.krizanc@caritas-steiermark.at) | **Region Oststeiermark Elisabeth Schwarzl, MA** Tel 0676 88015 8316 elisabeth.schwarzl@caritas-steiermark.at |
| **Region Obersteiermark Magª Gerit Sottovia-Simbürger** Tel 0676 88015 551 g.sottovia-simbuerger@caritas-steiermark.at | **Region Graz und GU Nord Maria Riedrich, BA** Tel 0676 88015 464 [m.riedrich@caritas-steiermark.at](mailto:m.riedrich@caritas-steiermark.at)  Logo_Mobile Familien_Behindertenarbeit |

**Beiblatt für die Bestätigung**

**der Übernahme der Kostenträgerrechnung für den Einsatz von**

**Klassischer Familienhilfe (Familienarbeit oder Altenbereich) nach dem StSHG**

**Zur Vorlage bei der Wohnsitzgemeinde**

Dieses Beiblatt ist bei Beantragung eines Einsatzes durch Klassische Familienhilfe nach dem Steiermärkischen Sozialhilfegesetz (StSHG) der Wohnsitzgemeinde vorzulegen und wir bitten die Wohnsitzgemeinde um Bekanntgabe, an welchen Kostenträger die Rechnung zu erstellen ist.

Folgende Person/Familie aus Ihrer Gemeinde hat bei der Einrichtung *Caritas Mobile Familien- und Behindertenarbeit* um einen Einsatz durch die Klassische Familienhilfe angesucht:

*Durch die antragstellende Person bzw. Familie auszufüllen:*

**Familienname 1. Person:**       **Familienname 2. Person:**

**Vorname:**       **Vorname:**

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

*Durch die Wohnsitzgemeinde auszufüllen:*

**Zuzahlung zur Klassischen Familienhilfe (Familienarbeit oder Altenbereich)** lt. aktuellem Stundentarif der Caritas Steiermark.

Die Rechnungslegung kann im Sinne der §§ 16 u. 17 des 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/Familie 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

In der Klassischen Familienhilfe im Bereich der Familienarbeit ist der Einsatz auf eine Dauer von max. 8 Wochen zu höchstens 38 Wochenstunden pro Jahr beschränkt. In der Klassischen Familienhilfe im Altenbereich beträgt der Zeitrahmen zwei Wochen.

Bei Rückfragen stehen Ihnen die Einsatzleiterinnen der Einrichtungen der *Mobilen Familien- und Behindertenarbeit* Ihrer Region gerne zur Verfügung:

|  |  |
| --- | --- |
| **Region Südweststeiermark und GU Süd** **Maga Lucija** **Krizanc**, Tel 0676 88015 8385 [lucija.krizanc@caritas-steiermark.at](mailto:lucija.krizanc@caritas-steiermark.at) | **Region Oststeiermark Elisabeth Schwarzl, MA,** Tel 0676 88015 8316 elisabeth.schwarzl@caritas-steiermark.at |
| **Region Obersteiermark Magª Gerit Sottovia-Simbürger,** Tel 0676 88015 551 [g.sottovia-simbuerger@caritas-steiermark.at](mailto:g.sottovia-simbuerger@caritas-steiermark.at) | **Region Graz und GU Nord Maria Riedrich, BA,** Tel 0676 88015 464 [m.riedrich@caritas-steiermark.at](mailto:m.riedrich@caritas-steiermark.at) |