

Persönliche Daten der Familie

Fam. Name/Frau:	Fam. Name/Mann:
Vorname:.....	Vorname:.....
Tel.nr.:.....	Tel.nr.:
Beruf:	Beruf:
SV-Nr./Geburtsdatum:/.....	SV-Nr./Geburtsdatum:/.....
Akad. Grad:	Akad. Grad:
Stand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> in Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	

Straße/Hausnummer:	PLZ/Ort:.....
Gemeinde:	Bezirk:
Anzahl Kinder, die noch im Haushalt wohnen:	
Name / Geburtsdatum / Beruf der Kinder:.....	
.....	
.....	
Personen, die bei der Familie wohnen: Name, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis:	
.....	

Einsatzgrund

<input type="checkbox"/> Geburt/Schwangerschaft, voraussichtlicher Geburtstermin:
<input type="checkbox"/> Entfall der Kinderbetreuung (durch Kur, Reha, Erkrankung, Krankenhausaufenthalt)
<input type="checkbox"/> Betreuung nach einem Krankenhausaufenthalt
<input type="checkbox"/> Familiäre Krisensituation (Scheidung/Trennung, Unfall, schwere Erkrankung, Tod)
<input type="checkbox"/> Entlastung pflegender Angehöriger
<input type="checkbox"/> Sonstige Anlässe:

Beginn des Einsatzes

Einsatzbeginn:	vorauss. Einsatzdauer:			
gewünschte Arbeitszeiten:	<input type="checkbox"/> stundenweise	von	bis	Uhr
	<input type="checkbox"/> halbtägig			
	<input type="checkbox"/> ganztägig			

Bestätigung Familie

Ich bestätige, die im beiliegenden Informationsblatt enthaltenen Bedingungen für den Einsatz einer/s FamilienhelferIn gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben.

.....
Ort, Datum

.....
Für die Richtigkeit der Angaben
der/die AntragstellerIn

Durch die Wohnsitzgemeinde auszufüllen:

Zuzahlung zur Familienhilfe/Altenhilfe lt. aktuellem Stundentarif der Caritas Steiermark:

Die Rechnungslegung kann im Sinne der §§ 16 u. 17 des Steirischen Sozialhilfegesetzes (StSHG) an folgenden Kostenträger erfolgen:

- Sozialhilfeverband** (bitte genaue Bezeichnung anführen)
- ISGS** (bitte genaue Bezeichnung anführen)
- Gemeinde** (bitte genaue Bezeichnung anführen)

In der Familienhilfe ist der Einsatz auf eine Dauer von 8 Wochen bzw. max. 304 Stunden pro Jahr beschränkt.

In der Altenhilfe beträgt der Zeitrahmen bis 14 Tage pro Jahr bzw. max. 76 Stunden.

Bestätigung Wohnsitzgemeinde

Hiermit wird bestätigt, dass der/die Antragsteller ihren Wohnsitz in unserer Gemeinde gemeldet hat/haben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift u. Stempel des/der
d. bevollmächtigt. Vertretung

Bei Rückfragen stehen Ihnen die Einsatzleiterinnen der Familienhilfe Ihrer Region gerne zur Verfügung:

Region Südweststeiermark

Elisabeth Reimerth-Kalch BA

Tel 0676 88015 8385

elisabeth.reimerth-kalch@caritas-steiermark.at

Region Oststeiermark

DSAⁱⁿ Christine Engelmann

Tel 0676 88015 585

c.engelmann@caritas-steiermark.at

Region Obersteiermark

Mag^a Gerit Sottovia-Simbürger

Tel 0676 88015 551

g.sottovia-simbuerger@caritas-steiermark.at

Region Graz/Graz-Umgebung

Mag. (FH) Yasmin Gogl

Tel 0676 88015 409

y.gogl@caritas-steiermark.at

Caritas der Diözese Graz-Seckau, Mobile Dienste - Familienhilfe, 8010 Graz, Grabenstraße 39
☎ 0316/ 8015 DW 418, Fax: 0316/8015-480, email: mobile.dienste@caritas-steiermark.at
Bankverbindung: Die Steiermärkische: IBAN: AT43 2081 5033 0070 5468, BIC: STSPAT2GXXX