

## Antrag für den Einsatz einer DSB(F) in der Stadt Graz

### 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"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch.	Stand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch.

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			

## **Einkommensverhältnisse**

Derzeit ist in der Stadt Graz nur der Höchstsatz von € 17,44 pro Stunde möglich, da die Stadt Graz die Familienhilfe nicht mitfinanziert.

Mögliche Kostenübernahme:

Versicherung bei Fremdverschulden     MUKI     Kinderbegleitung     Sonstiges

## **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

Bei Rückfragen steht Ihnen die Einsatzleiterin der Familienhilfe gerne zur Verfügung:

**DGKS Maria Riedrich**  
Tel 0676 88015 464  
r.riedrich@caritas-steiermark.at

Caritas der Diözese Graz-Seckau, Mobile Familien- & Behindertenarbeit, 8010 Graz, Grabenstraße 39  
☎ 0316/ 8015 DW 418, Fax: 0316/8015-480, email: kinder.jugend.familienarbeit@caritas-steiermark.at  
Bankverbindung: Die Steiermärkische: IBAN: AT43 2081 5033 0070 5468, BIC: STSPAT2GXXX