|  |  |
| --- | --- |
| An die  Abteilung 8 Gesundheit und Pflege  Referat Pflegemanagement  Friedrichgasse 9  8010 Graz | Für Rückfragen:  Tel: (0316) 877-3628  E-Mail: [pflegemanagement@stmk.gv.at](mailto:pflegemanagement@stmk.gv.at)  Formular: [www.gesundheit.steiermark.at](http://www.gesundheit.steiermark.at) |
| Eingangsstempel |

# Anerkennung stationäre Einrichtung für Sozialhilfeempfänger – Antrag

Mit diesem Formular können Sie einen Antrag auf Anerkennung stationärer Einrichtungen für Sozialhilfeempfänger gemäß § 13a Steiermärkisches Sozialhilfegesetz-SHG, LGBl. Nr. 29/1998 i.d.g.F. stellen.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bitte beachten Sie: | \* | Angabe erforderlich | i | Information zum Ausfüllen |  | Zutreffendes ankreuzen |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ANGABEN ZUR BETREIBER:IN | | | | | | | | |
| Name/Bezeichnung | | \* | i |  | | | | |
| Rechtsform | | \* |  |  | Registernummer | \* |  |  |
| i | **Name/Bezeichnung** des Betreibers laut Firmenbuch, Unternehmensregister oder Vereinsregister. | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adresse/Kontakt | | | | | | | | | | | | | | | |
| Straße | \* |  |  | | | | | | | | | Hausnummer | \* |  |  |
| PLZ | \* |  |  | Ort | \* |  | |  | | | | | | | |
| Telefon | \* |  |  | | | | E-Mail | |  |  |  | | | | |
| Homepage |  |  |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| vertretungsbefugte Kontaktperson i | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Familienname | | \* |  |  | | | | | | Akadem. Grad | | |  |  |  | |
| Vorname | | \* |  |  |  | | | |  |  |  |  | | |  |  |
| Funktion | | \* |  |  | Dienstort (Stelle) | | | | \* |  |  | | | | | |
| Telefon | | \* |  |  | E-Mail |  |  |  | | | | | | | | |
| Mobiltelefon | |  |  |  | Fax | | | |  |  |  | | | | | |
| i | Es ist die **Person** zu benennen, welche laut Registerauszug **vertretungsberechtigt** ist. Sollte eine andere als die im Register ersichtliche Person vertretungsberechtigt sein, ist dieser Person eine Vollmacht auszustellen, aus der der Vertretungsumfang ersichtlich ist. | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. BESTEHENDE STATIONÄRE EINRICHTUNG (nur bei einer bestehenden Einrichtung auszufüllen) | | | | | | | | | | | | | | |
| Angaben zur bestehenden stationären Einrichtung (z.B. Pflegeheim) | | | | | | | | | | | | | | |
| Name | \* |  |  | | | | | | | | | | | |
| Straße | \* |  |  | | | | | | Hausnummer | | | \* |  |  |
| PLZ | \* |  |  | Ort | \* |  | |  | | | | | | |
| Bezirk | \* |  |  | | | | Gemeinde (Kennzahl) | | \* |  |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| In Betrieb seit (tt.mm.jjjj) | \* |  |  |  |  |  |  |
| Betten bewilligt | \* |  |  | vom (tt.mm.jjjj) | \* |  |  |
| GZ der Bewilligung | \* |  |  |  |  |  |  |
| Betten anerkannt nach SHG | \* |  |  | vom (tt.mm.jjjj) | \* |  |  |
| GZ der Anerkennung | \* |  |  |  |  |  |  |
| Betten anerkannt für Psychiatriezuschlag |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ich/wir beabsichtige/n eine | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Anerkennung** von       pflegeheimrechtlich noch nicht bewilligten Betten, davon       Betten für pflegebedürftige Personen mit psychiatrischer Beeinträchtigung (Psychiatriezuschlag). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Anerkennung** von       pflegeheimrechtlich bereits bewilligten Betten, davon       Betten für pflegebedürftige Personen mit psychiatrischer Beeinträchtigung (Psychiatriezuschlag). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Anerkennung** von       krankenanstaltenrechtlich noch nicht bewilligten Betten. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Anerkennung** von       krankenanstaltenrechtlich bereits bewilligten Betten. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Bettenverlegung** von       bereits anerkannten Betten. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Standortwechsel** (Adressänderung) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **von**  Straße | | | \* |  |  | | | | | | | | | Hausnummer | | | | | | \* |  |  |
| PLZ | | | \* |  |  | Ort | \* |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| **nach** Straße | | | \* |  |  | | | | | | | | | Hausnummer | | | | | | \* |  |  |
| PLZ | | | \* |  |  | Ort | \* |  | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Zusammenlegung** folgender stationärer Einrichtungen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Einrichtung 1** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name | | | \* |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Straße | | | \* |  |  | | | | | | | | | Hausnummer | | | | | | \* |  |  |
| PLZ | | | \* |  |  | Ort | \* |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Bezirk | | | \* |  |  | | | | Gemeinde (Kennzahl) | | | | | \* |  |  | | | | | | |
|  | | **Einrichtung 2** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name | | | \* |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Straße | | | \* |  |  | | | | | | | | | Hausnummer | | | | | | \* |  |  |
| PLZ | | | \* |  |  | Ort | \* |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Bezirk | | | \* |  |  | | | | Gemeinde (Kennzahl) | | | | | \* |  |  | | | | | | |
|  | | **Einrichtung nach Zusammenlegung** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name der Einrichtung | | | \* |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Straße | | | \* |  |  | | | | | | | | | Hausnummer | | | | | | \* |  |  |
| PLZ | | | \* |  |  | Ort | \* |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Bezirk | | | \* |  |  | | | | Gemeinde (Kennzahl) | | | | | \* |  |  | | | | | | |
|  | | **Rechtsnachfolge**: Neuer Betreiber **i** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name / Bezeichnung | | | \* |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rechtsform | | | \* |  |  | | | | | | Registernummer | | | | | | \* |  |  | | | |
| Straße | | | \* |  |  | | | | | | | | | Hausnummer | | | | | | \* |  |  |
| PLZ | | | \* |  |  | Ort | \* |  | |  | | | | | | | | | | | | |
| Telefon | | | \* |  |  | | | | E-Mail | |  |  |  | | | | | | | | | |
| Homepage | | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| i | **Neuer Betreiber**: Hier sind die Daten laut Register einzutragen. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. NEUBAU EINER STATIONÄREN EINRICHTUNG (nur bei einer neu zu errichtenden Einrichtung auszufüllen) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ich/wir beabsichtigen einen Neubau mit       anerkannten Betten, davon       Betten für pflegebedürftige Personen mit psychiatrischer Beeinträchtigung (Psychiatriezuschlag nur bei Pflegeheimen möglich). | | | | | | | | | | | | | | |
| Name der Einrichtung | | \* |  |  | | | | | | | | | | | |
| Straße | | \* |  |  | | | | | | Hausnummer | | | \* |  |  |
| PLZ | | \* |  |  | Ort | \* |  | |  | | | | | | |
| Bezirk | | \* |  |  | | | | Gemeinde (Kennzahl) | | \* |  |  | | | |
| geplanter Baubeginn | | \* |  |  | | | | geplante Fertigstellung | | \* |  |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Beilagen | | | |
| Folgende Beilagen sind dem Antrag beizulegen: | | | |
|  | \* |  | Registerauszug (Firmenbuch, Unternehmensregister, Vereinsregister) |
|  |  |  | Vollmacht (falls vorhanden) |
|  |  |  | pflegeheimrechtliche bzw. krankenanstaltenrechtliche Bewilligung (sofern vorhanden) |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datenschutzrechtliche Bestimmungen | | | |
|  | \* |  | Ich nehme zur Kenntnis, dass die von mir bekanntgegebenen Daten und jene Daten, die die Behörde im Zuge des Ermittlungsverfahrens erhält, auf Grund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit den diesem Verfahren zugrundliegenden Materiengesetzen automationsunterstützt verarbeitet werden und zum Zweck der Abwicklung des von mir eingeleiteten Verfahrens, der Beurteilung des Sachverhalts, der Erteilung der Bewilligung sowie auch zum Zweck der Überprüfung verarbeitet werden. |
|  |  |  | Ich habe die allgemeinen Informationen   * zu den mir zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit; * zum mir zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichische Datenschutzbehörde; * zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten   auf der Datenschutz-Informationsseite (<https://datenschutz.stmk.gv.at>) gelesen. |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum, Unterschrift |  |
|  |