

Antrag zur Aktion "Essen auf Rädern"

Familienname	Vorname	Vers.Nr.	Geburtsdatum
Familienstand: <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> gesch.			

PLZ	Ort	Straße	Telefonnummer

Kontaktperson: Name/Adresse/Tel.-Nr.

Ich beantrage hiermit die Teilnahme an der Aktion "**Essen auf Rädern**" und bitte um Zustellung des Mittagessens jeweils am (gewünschte Tage bitte ankreuzen):

Mo Di Mi Do Fr Sa So

ab (Bearbeitungszeitraum von 3-4 Arbeitstagen)

Diät erwünscht: Nein
 Ja - welche Diät:

Nachweis für Anspruchsvoraussetzung:

- Pflegegeldbezug** (bitte Bescheid über Zuerkennung des Pflegegeldes beilegen),
- Überprüfung** der Anspruchsberechtigung durch die Koordinatorin für Betreuung und Pflege.
- alleinlebend** (eigener Haushalt)
- lebt im Familienverband (Angehörige sind berufstätig)
- verfügt über **keine ausreichende Mobilität** (kein eigenes Fahrzeug)

Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an:

- Koordinatorinnen für Betreuung und Pflege (☎ 07752-912 68 310) oder
- Sozialberatungsstelle (☎ 07752-912 68 314)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht in der Lage bin mich selbst ausreichend zu versorgen und daher die Aktion "Essen auf Räder" in Anspruch nehme. Ich nehme zur Kenntnis, dass der Sozialhilfeverband Ried jederzeit dazu berechtigt ist meine Angabe zu überprüfen und bei etwaigen Abweichungen die Essenzustellungen einstellen kann.

Weiters erkläre ich mich einverstanden, dass die Abrechnung monatlich erfolgt und der fällige Betrag mittels Bankeinzug eingehoben wird.

SEPA-Einzugsermächtigung:

Name:

Anschrift:

Bank:

IBAN: **BIC:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Sozialhilfeverband Ried, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Sozialhilfeverband Ried auf mein / unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Allfällige Einwendungen sind direkt mit dem jeweiligen Sozialhilfeträger zu regeln. Ein Widerruf des Auftrages gilt ab dem Zeitpunkt des Einlangens bei der kontoführenden Bank. Gleichzeitig habe ich den Sozialhilfeträger zu benachrichtigen.

Creditor-ID: AT07ZZZ00000010965

Datum:

.....

Unterschrift