

K

Notmütterdienst
Familien- und Seniorenhilfe e.V.
Bundeszentrale Frankfurt am Main



Notmütterdienst
Familien- und Seniorenhilfe e.V.
Sophienstraße 28

60487 Frankfurt am Main

Bei Fragen:

Tel.: 069 / 951033-0
Fax: 069 / 951033-77
E-Mail: info@nmd-ev.de
Web: www.nmd-ev.de

Bedingungen für eine Betreuung / hauswirtschaftliche Versorgung

Name: _____
Name, Vorname

Anschrift: _____
Straße, Hausnr. PLZ, Ort

Für die Zeit vom _____ bis zum _____ oder bis auf weiteres

Leistungen:

Die Versorgung und Betreuung des/der Klienten beinhaltet die alltägliche Haushaltsführung, wie z.B. Essenszubereitung, Einkäufe, Reinigungsarbeiten, Wäschepflege usw., ebenso die Grundpflege wie z.B. allgemeine Körperpflege, Hilfe beim Aufstehen, Kleiden, Gehen usw. sowie Begleitung bei allen (Freizeit-) Aktivitäten.

Arbeitszeiten

Bei Rund-um-die-Uhr-Betreuungen wird von einer normalen ca. 8 bis 9-stündigen Arbeitszeit ausgegangen (bei 24-stündiger Anwesenheit).

Die Tage der An- und Abreise gelten jeweils als halbe Arbeitstage.

Vergütung

Betreuung/hauswirtschaftliche Versorgung **stundenweise ab € 12,50** pro Stunde

Betreuung/hauswirtschaftliche Versorgung **rund-um-die-Uhr ab € 100,-** pro Tag

zuzüglich 7% Umsatzsteuer + Fahrtkosten.

Feiertagszuschlag 50 % (nur gesetzliche Feiertage)

Die Höhe der Kosten richtet sich nach der Schwere des Einsatzes. Der Tagessatz wird vor Einsatzbeginn vereinbart. Sollten sich die Einsatzbedingungen ändern, kann dies eine Anpassung der Vergütung notwendig machen.

Änderungen, die den Einsatz oder die Vergütung betreffen, sind nur mit Zustimmung des NMD zulässig. Bei jeder Änderung der Einsatzbedingungen ist der NMD unverzüglich in Kenntnis zu setzen.

In vielen Fällen übernehmen das Sozial-/Jugendamt, die Krankenkassen oder die Pflegeversicherung einen Teil oder sogar alle Kosten.

Während einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung gilt für die Betreuungsperson freie Unterkunft und Verpflegung im Haushalt. Ebenso ist ihr ein eigenes Zimmer zur Verfügung zu stellen.

Abrechnung

Bitte auf der Rückseite unterschreiben!

Bitte wenden →

Für Selbstzahler gilt: Sie zahlen nach Rechnungsstellung.

Bei (Teil-)Kostenübernahme durch einen Kostenträger, wie z.B. Sozialamt, Krankenkasse, Pflegeversicherung, wird der entsprechende Betrag direkt mit dem Kostenträger abgerechnet.

Die Abrechnung erfolgt in der Regel nach Einsatzende, bei längeren Einsätzen erfolgt die Rechnungsstellung monatlich.

Kündigung

Bei einer Betreuung/hauswirtschaftlichen Versorgung durch den NMD können Sie jederzeit den Einsatz kündigen.

Die Betreuungsperson kann den Einsatz vorzeitig abbrechen, sollten unzumutbare Situationen auftreten.

Allgemeines

Die Betreuungsperson übernimmt die Bereuung/hauswirtschaftliche Versorgung als selbständige Betreuungsperson und ist damit für alle steuerrechtlichen und sozialversicherungspflichtigen Obliegenheiten selbst verantwortlich.

Hiermit erkenne ich die oben genannten Bedingungen an.

Ort, Datum

Unterschrift

Stand: 01.05.2007 mo

Bitte senden dieses Formular sowie den Auftragsbogen ausgefüllt und unterschrieben an den NMD zurück!

Bitte geben Sie den Umfang der Betreuung an (bitte ankreuzen):

- Pflegestufe ja , Stufe: ____ nein
bettlägerig: ja nein Hilfe beim Waschen: ja nein
Hilfe beim Gehen: ja nein Hilfe beim Essen: ja nein
Hilfe beim Ankleiden: ja nein
Magensonde: ja nein Inkontinenz: ja nein
Dauerkatheter: ja nein Anus Praeter : ja nein
Dekubitus: ja nein Diabetes: ja nein
körperl. Behinderung: ja nein geistige Behinderung: ja nein

Nähere Erläuterung:
(unbedingt erforderlich!)

Angaben zum Haushalt (zutreffendes bitte ankreuzen):

- Haus Wohnung (Etage: ____) Aufzug: ja nein Heizungsart: ____
Garten: ja nein Haustiere: ja, _____ nein
Putzhilfe: ja nein Hausangestellte: ja nein
Alle üblichen elektronischen Haushaltsgeräte vorhanden: ja nein
Spülmaschine: ja nein Waschmaschine: ja nein Trockner: ja nein

Besonderheiten:

Rechnung/Korrespondenz an (nur falls abweichend vom Klienten!!!) :

- Sohn/Tochter Eltern Betreuer(in) Kostenträger
(nur bei Vorliegen einer Kostenbestätigung!)

Name : _____ E-Mail: _____

Adresse : _____

PLZ, Ort : _____

Tel. privat : _____ Tel. mobil : _____

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift des Klienten / gesetzl. Vertreters

Bitte senden dieses Formular sowie die beigelegten „Bedingungen“ ausgefüllt und unterschrieben an den NMD zurück!