

## Leistungsvertrag

Herr/Frau

Name,

Vorname

Einrichtungsstempel

Straße

Hausnummer

☐ Ja ☐ Nein  
VS – Mitglied

PLZ

Ort

Familienstand

Geburtsdatum

Telefon

betreuender Pflegedienst

Pflegegrad

Art der Leistung/en: **Teilnahme am „Essen auf Rädern“.**

Portionspreis

Menü 1: 6,90 €

Thermobox-Pfand 15,- €

Menü 2: 7,90 €

Geltungsdauer der Vereinbarung Die Vereinbarung gilt vom ..... bis .....

Mit der elektronischen Erfassung, Speicherung und Verarbeitung der von mir gemachten Angaben bin ich einverstanden. Der Volkssolidarität Riesa – Großenhain e.V. übernimmt die Verpflichtung, keine der gespeicherten Daten an Dritte weiterzugeben.

Ort/ Datum

Leistungsempfänger

Volkssolidarität Riesa- Großenhain e.V.

Ihr Ansprechpartner: Herr Klotzsche

Telefon: 035265/649737 oder 035265/649740

### Bestätigung

Der Volkssolidarität Riesa – Großenhain e.V. betreibt Einrichtungen im Sinne des § 68 Nr. 1 der Abgabenordnung. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich entweder

- älter als 75 Jahre bin, oder
- Aufgrund meines körperlichen, geistigen und seelischen Zustandes auf die Hilfe anderer angewiesen bin (Zuerkennung einer Pflegestufe oder im Besitz eines Schwerbehindertenausweises), oder
- Meine Bezüge monatlich nicht höher als
  - das Vierfache
  - bei Alleinstehenden oder im Haushaltvorstand das Fünffache

des Regelsatzes nach § 28 SGB XII sind. (zur Zeit .....€)

Ort/ Datum

Leistungsempfänger

## **Vertragsbedingungen**

### **Kündigung der Vereinbarung**

Die Vereinbarung kann mit einer Frist von 14 Tagen zum Monatsende gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt.

### **Kosten der Hilfeleistung**

Die entstehenden Kosten sind vom Leistungsempfänger lt. Zahlungstermin zu zahlen. Die Berechnung erfolgt auf der Grundlage der erbrachten Leistungen. Die Kosten richten sich nach dem gültigen Gebührenverzeichnis des Volkssolidarität Riesa – Großenhain e.V. bzw. gemäß Rahmenvereinbarung der Liga der Wohlfahrtsverbände mit den Krankenkassen. Eine Änderung der Kosten wird vorher angekündigt.

### **Nichtinanspruchnahme von Hilfeleistungen**

Nimmt die Leistungsempfängerin/ der Leistungsempfänger die vereinbarten Leistungen nicht in Anspruch, muss eine Absage 48h vorher erfolgen. Wenn keine oder verspätete Mitteilung erfolgt, entstehen Kosten in Höhe der Gebühren, die in Rechnung gestellt werden müssen. Die Regelung gilt nicht für Notfälle (z.B. kurzfristige, unvorhersehbare Einweisung in ein Krankenhaus etc.)

### **Gewährleistung des Einsatzes**

Die Einsatzstelle verpflichtet sich, die vereinbarten Leistungen durch geeignete Personen sicherzustellen. Einsetzungen und Ablösungen dieser Personen erfolgen durch die Einsatzstelle. Dabei wird Wünschen der Leistungsempfängerin/ des Leistungsempfängers nach Möglichkeit Rechnung getragen.

### **Haftung**

Der Träger der Einsatzstelle haftet der Leistungsempfängerin/ des Leistungsempfängers gegenüber für schuldhafte Schädigungen durch Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter der Einsatzstelle.

---

## **Leistungsangebot**

- Häusliche Krankenpflege einschließlich Pflege und Begleitung Sterbender (§ 37 SGB V, SGB XI)
- Häusliche Pflege bei Schwerstpflegebedürftigkeit einschließlich Behinderungen (§ 53 ff, SGB V)
- Häusliche Altenpflege einschließlich gerontopsychiatrische Betreuung (§§ 61, 63 SGB XII)
- Haushaltshilfe (§38 SGB V, § 199 RVO, § 20 SGB VIII, § 19, 70 SGB XII)
- Beratung zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§67 SGB XII)
- Mahlzeitendienste, vorrangig als Altenhilfe (§71.2.(4) SGB XII)
- Heißkost, Tiefkühlkost, Leichte Kost, Sonderkost (§ 48 SGB XII)
- Mobile soziale Hilfsdienste
  - als einmalige Hilfe zum Lebensunterhalt (§31.2. SGB XII)
  - als Krankenhilfe (§ 48 SGB XII)
  - als Altenhilfe (§ 71.2.(4) SGB XII)
- Hausnotruf

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 86 VRG 00000040810

Mandatsreferenz (Debitoren-Nr.): \_\_\_\_\_

falls nicht Leistungsempfänger:

.....  
Vorname und Name (Kontoinhaber/Zahler)

.....  
Straße Hausnummer

.....  
PLZ Ort

## **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Volkssolidarität Riesa-Großenhain e. V. ,  
Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich  
mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Volkssolidarität Riesa-Großenhain e. V.  
auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut des Zahlers (Name und BIC) -----|-----

IBAN: DE \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift/en des/der Zahler/s

## **Angehörige/ Betreuer**

.....  
Vorname und Name Verwandtschaftsgrad

.....  
Straße Hausnummer

.....  
PLZ Ort Telefon