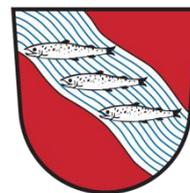


MITTEILUNGSBLATT Gemeinde OSSIACH



Tel.: 04243 2246 Fax: 04243 2246-400 E-Mail: ossiach@ktn.gde.at Homepage: www.ossiach.gv.at

Seite 1

Heizkosten-
zuschuss

Sprechstunde
Dr. Polanec

Seite 2

Wasserzähler



Seite 3 - 4

Gripeschutz-
impfung

HEIZKOSTENZUSCHUSS

Gemäß § 34 des Kärntner Mindestsicherungsgesetzes – K-MSG, LGBl. Nr. 15/2007 kann Hilfesuchenden einmal jährlich auf Antrag eine Förderung zur Deckung außerordentlicher Belastungen vom Land als Träger von Privatrechten gewährt werden.

*Einkommensgrenze
monatl. EURO*

Heizkostenzuschuss in Höhe von € 180,00

Bei Alleinstehenden/Alleinerziehern	€ 863,04
Bei Haushaltsgemeinschaften von zwei Personen	€ 1.294,55
Zuschlag für jede weitere Person	€ 133,17

Heizkostenzuschuss in Höhe von € 110,00

Bei Alleinstehenden/Alleinerziehern	€ 1.071,38
Bei Haushaltsgemeinschaften von zwei Personen	€ 1.473,15
Zuschlag für jede weitere Person	€ 133,17

Die Einkommensgrenzen sind Nettobeträge. Es ist von der Einkommenssituation bei Antragstellung auszugehen. Sonderzahlungen sind bei der Ermittlung der Einkommensgrenzen nicht zu berücksichtigen. Innerhalb einer Haushaltsgemeinschaft sind alle Einkünfte zusammenzurechnen.

Antragsfrist: ab sofort bis 25.02.2019

SPRECHSTUNDEN DR. POLANEC

Die Sprechstunden von Herrn Dr. Polanec finden

ab 10. Oktober 2018 wiederum **jeden Mittwoch um 14.30 Uhr**

im Tourismus-und Bürgerservicezentrum statt.

WASSERZÄHLER

Für die Endabrechnung 2018 benötigen wir Ihren Zählerstand. Wir ersuchen Sie höflichst, uns bis

spätestens 9. November 2018

die Daten Ihres Wasserzählers entweder telefonisch (04243/2246-210), per Fax (04243/2246-400), per E-Mail (karin.weger@ktn.gde.at), auf dem Formular unserer Homepage (www.ossiach.gv.at) unter Verwaltung/ Wasserzähler oder mittels beiliegendem Formular bekanntzugeben.

Wir bedanken uns im Voraus für Ihr Bemühen und Ihre Hilfe.

----- ✂ -----
Name:

Adresse:

Hauptzähler:		Hauptzähler:
Zählernummer:		
Endstand:		
Ablesedatum:		
Subzähler:		Subzähler:
Zählernummer:		
Endstand:		
Ablesedatum:		

Datum..... Unterschrift.....

GRIPPESCHUTZIMPFUNG

Die Gemeinde Ossiach teilt mit, dass am

Mittwoch, dem 17. Oktober 2018

um 9.00 Uhr in der Volksschule Ossiach

die Möglichkeit zur Gripeschutzimpfung besteht. Die Kosten für die Impfung betragen inklusive Impfstoff und Impfung € 14,00.

Die Grippe ist eine Virusinfektion, die jede Altersgruppe treffen kann. Sie verursacht Fieber, Schüttelfrost, Husten und Muskelschmerzen. In der Regel verläuft die Grippe mild, es kann aber auch zu schweren Krankheitsverläufen und zu Todesfällen kommen.

Die Impfung dient der Vorbeugung und dem Schutz vor der echten Virusgrippe.
Sie ist jedem, der sich schützen will, zu empfehlen.

IMPFSCHUTZ

Die Impfung soll wegen der großen Veränderungsfreudigkeit des Virus jährlich erneuert werden. Der Impfschutz wird in der Regel innerhalb von 2 bis 3 Wochen nach der Impfung erreicht, ist individuell unterschiedlich und beträgt im Allgemeinen jedoch zumindest 6 bis 12 Monate. Bei abgeschwächter körperlicher Abwehr kann der Impferfolg beeinträchtigt sein.

Die Impfung ist auch **während der Grippezeit** noch sinnvoll, solange der Impfling noch nicht angesteckt worden ist bzw. selbst noch keine Krankheitszeichen aufweist.

Aus organisatorischen Gründen bitten wir Sie, die beiliegende Einverständniserklärung vollständig auszufüllen und zur Impfung mitzubringen.

Nebenwirkungen sollen in jedem Fall dem Impfarzt/der Impfärztin oder dem Gesundheitsamt gemeldet werden!



Sanitätsdirektion Einwilligung zur Gripeschutzimpfung

Vor- und Familienname des Impflings:				männlich: <input type="checkbox"/>		weiblich: <input type="checkbox"/>	
Vers.-Nr und Geburtsdatum lt. E-Card:							
Sozialversichert bei:				T	T	M	M
Bei Kindern: Name der / des Erziehungsberechtigten:							
Adresse: (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)							

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig!

Zutreffendes ankreuzen

- Haben Sie in den letzten 7 Tagen Anzeichen einer **Krankheit** bemerkt?
Wenn ja, welche? ja nein
- Ist beim Impfung eine **Allergie** bekannt, – speziell gegen Hühnereiweiß, Neomycin, Formaldehyd oder Octoxynol-9? (in Spuren enthalten in Vaxigrip®)? Wenn ja, welche? ja nein
- Besteht bei der zu impfenden Person eine **chronische Erkrankung** z.B. angeborene oder erworbene Immunschwäche, Krebs, Autoimmunerkrankung, Blutgerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Erkrankungen des Gehirns oder Rückenmarks, epileptische Anfälle?
Wenn ja, welche? ja nein
- Nimmt die zu impfende Person regelmäßig **Medikamente** ein?
z. B. zur Blutverdünnung, Cortison, Zytostatika, andere: ja nein
- Hatte die zu impfende Person bereits einmal nach einer Impfung **Beschwerden oder Nebenwirkungen** (mit Ausnahme von leichten Lokalreaktionen wie Rötung, Schwellung, Schmerzen an der Stichstelle oder leichtes Fieber)? ja nein
- Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen **eine andere Impfung** erhalten?
Wenn ja, welche? ja nein
- Hat die zu impfende Person in den letzten 3 Monaten **Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline** erhalten? ja nein
- Bekommt die zu impfende Person derzeit eine **Chemo- und/oder Bestrahlungstherapie**? ja nein
- Musste sich die zu impfende Person vor kurzem einer **eingreifenden Behandlung** (z.B. Operation) unterziehen? ja nein
- Ist die zu impfende Person **schwanger**? (In diesem Fall ist die Impfung besonders empfohlen!) ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Gebrauchsinformation zur Gripeschutzimpfung sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte dort die Möglichkeit mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/Gegenanzeigen zur Verabreichung und Nebenwirkungen des Impfstoffes zu informieren.

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und benötige daher kein weiteres persönliches Gespräch. Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung sowie der elektronischen Erfassung der Daten zwecks Verrechnung und Dokumentation einverstanden. Die Daten dürfen im Rahmen der medizinischen Betreuung weitergegeben werden.

Wenn Sie die Möglichkeit eines Gespräches mit der Impfärztin/dem Impfarzt in Anspruch nehmen möchten, ersuchen wir Sie, die Einverständniserklärung erst nach erfolgtem Gespräch zu unterzeichnen.

Wenn Sie mit der Impfung NICHT einverstanden sind oder eine zusätzliche Aufklärung benötigen, so unterzeichnen Sie diese Einverständniserklärung bitte NICHT.

Verwendeter Impfstoff: X Vaxigrip tetra

Datum

Unterschrift

Bei unmündigen Minderjährigen (Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres) ist die Einwilligung der gesetzlichen Vertretung der zu impfenden Person einzuholen. Jugendliche müssen selbst einwilligen, wenn sie die Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit besitzen.