



BUNDESSOZIALAMT

An das
Bundessozialamt
Landesstelle

Eingangsstempel

Betrifft: Ansuchen auf Gewährung eines Zuschusses zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung gemäß § 21b des Bundespflegegeldgesetzes (unselbständige Beschäftigung)

Daten der pflegebedürftigen Person

Familienname/Nachname:	Vorname:	VSNR (Geburtsdatum):
Anschrift:		Telefonnummer:
Kontaktperson:		Telefonnummer:

Daten des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

Nur auszufüllen, wenn der Zuschusswerber/die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person ist.

Familienname/Nachname:	Vorname:	VSNR (Geburtsdatum):
Anschrift:		Telefonnummer:
E-Mail:		
Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person		
gesetzliche/r Vertreter/in oder Sachwalter/in:		<input type="checkbox"/> ja, seit
Vertretungsbevollmächtigte/r		<input type="checkbox"/> ja



Daten der Betreuungskraft 1:

Familienname/Nachname:	Vorname:	österreichische VSNR (Geburtsdatum):
Staatsangehörigkeit:	Beginn des Betreuungsverhältnisses:	
Qualifikation: (Nachweise in Kopie anschließen)	Eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbildung eines Heimhelfers / einer Heimhelferin entspricht, liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Befugnis zu pflegerischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten wurde durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal erteilt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Daten der Betreuungskraft 2:

Familienname/Nachname:	Vorname:	österreichische VSNR (Geburtsdatum):
Staatsangehörigkeit:	Beginn des Betreuungsverhältnisses:	
Qualifikation: (Nachweise in Kopie anschließen)	Eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbildung eines Heimhelfers / einer Heimhelferin entspricht, liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Befugnis zu pflegerischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten wurde durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal erteilt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Die pflegebedürftige Person bezieht ein Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz
in Höhe der Stufe

3 4 5 6 7

Bezieht die pflegebedürftige Person ein Pflegegeld der Stufen 3 oder 4, ist zur
Feststellung der Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung ein durch den
behandelnden (Fach-)Arzt / die behandelnde (Fach-)Ärztin ausgestellter Befundbericht
vorzulegen.

Einkommen der pflegebedürftigen Person

Das monatliche Netto-Einkommen beträgt: €

(Als Einkommen gilt grundsätzlich jede regelmäßig zufließende Geldleistung. **Nicht** zum Einkommen zählen Pflegegeld oder vergleichbare Leistungen auf Grund bundes- oder landesgesetzlicher Vorschriften, Sonderzahlungen, Grundrenten nach den Sozialentschädigungsgesetzen, Versehrtenrenten oder vergleichbare Leistungen, Familienbeihilfen, Studienbeihilfen, Wohnbeihilfen, Kinderbetreuungsgeld, Leistungen nach den Sozialhilfegesetzen der Länder oder vergleichbare Leistungen, Familienförderungen nach landesgesetzlichen Vorschriften. Einkommensgrenze: € **2.500** netto monatlich)

Sorgepflichten der pflegebedürftigen Person für unterhaltsberechtignte Angehörige

nein ja

wenn ja, Anzahl und Verwandtschaftsverhältnis:

(Die Einkommensgrenze von € **2.500** netto monatlich für die Bewilligung einer Zuwendung erhöht sich je unterhaltsberechtigtem Angehörigen um € 400,- und bei einem behinderten unterhaltsberechtigten Angehörigen um € 600,-).

Wurde bei einer anderen Stelle (z.B. Land) eine gleichartige Förderung zur 24-Stunden-Betreuung beantragt oder zuerkannt?

nein

ja ab/seit _____ in Höhe von mtl.

von (Behörde, zuerkennende Stelle)

Die Anweisung des Zuschusses möge auf folgendes Konto erfolgen:
(siehe beiliegende Kontoerklärung)

bei (Bankinstitut):

lautend auf (KontoinhaberIn):

BIC:

IBAN:

Informationen zu BIC und IBAN finden Sie auf den Belegen Ihres Bankinstitutes

Ich verfüge über kein Konto und ersuche um Baranweisung des Zuschusses

Voraussetzungen und Erklärungen

- 1) Ich nehme außerdem zur Kenntnis, dass
 - a) eine Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds nur unter den vorstehend genannten Bedingungen gewährt wird;
 - b) auf Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds kein Rechtsanspruch besteht;
 - c) Personen, die eine Pflegekarenz oder eine Pflegeteilzeit vereinbart haben, für die vereinbarte Dauer keine Förderung einer 24-Stunden-Betreuung beziehen können.
- 2) Ich **verpflichte** mich, die Zuwendung zurückzuzahlen, wenn
 - a) ich wesentliche Umstände verschwiegen oder unwahre Angaben gemacht habe,
 - b) die Zuwendung widmungswidrig verwendet wurde oder
 - c) die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung vereitelt wird.
- 3) Ich **verpflichte** mich, jederzeit die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung zu ermöglichen und alle Umstände, die Auswirkungen auf die Zuwendung haben könnten, unverzüglich zu melden.
- 4) Ich erkläre hiermit verbindlich, dass meine Angaben wahr und vollständig sind und **erkläre** weiters, dass
 - a) eine Betreuung im Sinne des § 1 Abs. 1 Hausbetreuungsgesetz vorliegt,
 - b) die vereinbarte Arbeitszeit mindestens 48 Stunden pro Woche und höchstens 128 Stunden in zwei aufeinander folgenden Wochen beträgt,
 - c) eine Vereinbarung besteht, wonach die Betreuungsperson allenfalls darüber hinaus gehende Zeiten der Arbeitsbereitschaft in ihrem Wohnraum oder in der näheren häuslichen Umgebung verbringt,
 - d) **im Falle der Beschäftigung von 2 Betreuungskräften** für den Zuwendungszeitraum keine begünstigte sozialversicherungsrechtliche Absicherung pflegender Angehöriger im Sinne der §§ 77 Abs. 9 ASVG; 33 Abs. 10 GSVG oder 28 Abs. 7 BSVG in Anspruch genommen wird.
- 5) Sofern kein Ausbildungsnachweis oder eine fachspezifische Ermächtigung zu pflegerischen oder ärztlichen Tätigkeiten der Betreuungskraft / der Betreuungskräfte vorliegt, ersuche ich um Gewährung der Förderung als Vorschuss.
Ich erkläre mich bereit, einen Hausbesuch durch eine diplomierte Fachkraft innerhalb der nächsten Monate durchführen zu lassen.
- 6) Ich ermächtige das Bundessozialamt, die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu überprüfen.

.....
(Ort und Datum)

.....
Unterschrift der pflegebedürftigen Person bzw.
des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin

Ist der Zuschusswerber/die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person

.....
(Ort und Datum)

.....
Unterschrift des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

- 7) Ich bin damit einverstanden, dass das Bundessozialamt den Trägern der Sozialhilfe die unbedingt notwendigen Daten (Name, Adresse, Versicherungsnummer, Telefonnummer) zum Zweck einer möglichst ökonomischen Verwaltungsabwicklung sowie im Hinblick auf die finanzielle Abrechnung übermittelt.

.....
(Ort und Datum)

.....
Unterschrift der pflegebedürftigen Person
des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin

Ist der Zuschusswerber/die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person

.....
(Ort und Datum)

.....
Unterschrift des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

Folgende Unterlagen sind dem Antrag **in Kopie** beizuschließen bzw. nachzureichen:

- letzter rechtskräftiger Bescheid / letztes Urteil über den Pflegegeldbezug
- Nachweis über das Einkommen der pflegebedürftigen Person
- bei Bezug eines Pflegegeldes der Stufen 3 und 4: Befundbericht durch den behandelnden (Fach-)Arzt / die behandelnde (Fach-)Ärztin
- Nachweise über allfällige Unterhaltsverpflichtungen der pflegebedürftigen Person
- österreichische Meldezettel der Betreuungsperson(en)
- Bestätigung der Anmeldung der Betreuungsperson(en) beim Sozialversicherungsträger
- zutreffendenfalls Ausbildungsnachweis oder fachspezifische Ermächtigung der Betreuungsperson(en) durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal
- zutreffendenfalls ein Nachweis über die Bestellung zum Sachwalter / zur Sachwalterin für die pflegebedürftige Person
- zutreffendenfalls eine Vertretungsvollmacht (= Vertretungsbefugnis vom Notar oder Vorsorgevollmacht)
- zutreffendenfalls Kontoerklärung

Antragstellung

Ansuchen auf Gewährung eines Zuschusses sind nach Möglichkeit **vor** Beginn des Betreuungsverhältnisses bzw. **in zeitlicher Nähe** zur Begründung desselben einzubringen.

Ein Antrag ist dann noch in zeitlicher Nähe zum Beginn des Betreuungsverhältnisses eingebracht, wenn er spätestens in dem Monat einlangt, der auf den Beginn des Betreuungsverhältnisses folgt.

Bei später einlangenden Anträgen ist eine Förderung frühestens mit Beginn des Monats vor der Antragstellung möglich.

Bitte übermitteln Sie Ihren Antrag an die in Ihrem Bundesland eingerichtete Landesstelle des Bundessozialamtes:

Landesstelle Burgenland

Neusiedler Straße 46
7000 Eisenstadt
Tel.: 02682/64 046

Landesstelle Steiermark

Babenbergerstraße 35
8021 Graz
Tel.: 0316/7090

Landesstelle Kärnten

Kumpfgasse 23 – 25
9020 Klagenfurt
Tel.: 0463/5864-0

Landesstelle Tirol

Herzog Friedrichstraße 3
6010 Innsbruck
Tel.: 0512/563 101

Landesstelle Niederösterreich

Standort Wien
Babenbergerstraße 5
1010 Wien
Tel.: 01/588 31

Landesstelle Vorarlberg

Rheinstraße 32/3
6900 Bregenz
Tel.: 05574/6838

Landesstelle Oberösterreich

Gruberstraße 63
4021 Linz
Tel.: 0732/7604-0

Landesstelle Wien

Babenbergerstraße 5
1010 Wien
Tel.: 01/588 31

Landesstelle Salzburg

Auerspergstraße 67a
5020 Salzburg
Tel.: 0662/88 983-0

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter der Rufnummer
05 99 88 (österreichweit) zur Verfügung.

www.bundessozialamt.gv.at