

An das  
Sozialministeriumservice  
Landesstelle Wien  
Babenbergerstraße 5  
1010 Wien

Eingangsstempel
-----------------

## ANSUCHEN

auf Gewährung eines Zuschusses zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung gemäß § 21b  
des Bundespflegegeldgesetzes (selbständige Erwerbstätigkeit)

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen

### 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 an- schließen)	Eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbil- dung eines Heimhelfers / einer Heimhelferin entspricht, liegt vor: <input checked="" 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	
Vermittlung erfolgt durch die Agentur: Zeitbetreut		

**Daten der Betreuungskraft 2:**

Familienname/Nachname:	Vorname:	österreichische VSNR (Geburtsdatum):
Staatsangehörigkeit:	Beginn des Betreuungsverhältnisses:	
Qualifikation: (Nachweise in Kopie an- schließen)	Eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbil- dung eines Heimhelfers / einer Heimhelferin entspricht, liegt vor: <input checked="" 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	
Vermittlung erfolgt durch die Agentur: Zeitbetreut		

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 - **€ 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 Pfl egeteilzeit 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) auf Grund der selbständigen Erwerbstätigkeit der Betreuungsperson eine Pflichtversicherung nach § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG mit einer monatlichen Beitragsgrundlage von mindestens € 537,78 besteht und die Einsatzzeit der Betreuungskraft mindestens 48 Stunden pro Woche beträgt,
  - c) **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 Sozialministeriumservice, die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu überprüfen.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Unterschrift der pflegebedürftigen Person  
bzw. der gesetzlichen Vertretung

Ist der Zuschusswerber / die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Unterschrift des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin



### Erklärung der Betreuungskraft 1:

Hiermit erkläre ich,

.....  
(Name der Betreuungskraft)

.....  
(Adresse der Betreuungskraft in Österreich)

- bei der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG  
pflichtversichert zu sein
- bei einem sonstigen Sozialversicherungsträger versichert zu sein  
Bezeichnung des Versicherungsträgers

Die monatlichen Beiträge belaufen sich auf € .....

Ich erkläre meine Zustimmung, dass das Sozialministeriumservice die für die Erledigung des Ansuchens und die zur Überprüfung der Fördervoraussetzungen unerlässlichen Daten einholt und an die Sozialversicherungsträger übermittelt.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift der Betreuungskraft)

### Erklärung der Betreuungskraft 2:

Hiermit erkläre ich,

.....  
(Name der Betreuungskraft)

.....  
(Adresse der Betreuungskraft in Österreich)

- bei der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG  
pflichtversichert zu sein
- bei einem sonstigen Sozialversicherungsträger versichert zu sein  
Bezeichnung des Versicherungsträgers

Die monatlichen Beiträge belaufen sich auf € .....

Ich erkläre meine Zustimmung, dass das Sozialministeriumservice die für die Erledigung des Ansuchens und die zur Überprüfung der Fördervoraussetzungen unerlässlichen Daten einholt und an die Sozialversicherungsträger übermittelt.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift der Betreuungskraft)

## 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 Sozialministeriumservice:

### **Landesstelle Burgenland**

Neusiedler Straße 46  
7000 Eisenstadt  
Tel. 02682 / 64 046

### **Landesstelle Kärnten**

Kumpfgasse 23 – 25  
9020 Klagenfurt  
Tel. 0463 / 58 64-0

### **Landesstelle Niederösterreich**

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

### **Landesstelle Oberösterreich**

Gruberstraße 63  
4021 Linz  
Tel. 0732 / 76 04-0

### **Landesstelle Salzburg**

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

### **Landesstelle Steiermark**

Babenbergerstraße 35  
8020 Graz  
Tel. 0316 / 70 90

### **Landesstelle Tirol**

Herzog Friedrichstraße 3  
6010 Innsbruck  
Tel. 0512 / 56 31 01

### **Landesstelle Vorarlberg**

Rheinstraße 32/3  
6900 Bregenz  
Tel. 05574 / 68 38

### **Landesstelle Wien**

Babenbergerstraße 5  
1010 Wien  
Tel. 01 / 588 31

**Telefon österreichweit 05 99 88**