|  |  |
| --- | --- |
| An das  Sozialministeriumservice  Zentrale Poststelle  Babenbergerstraße 5  1010 Wien | Eingangsstempel |

**ANSUCHEN**

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

**selbstSTändige Betreuungskraft**

**unselbstSTändige Betreuungskraft**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen | | | | | | | |
| **Daten der pflegebedürftigen Person** | | | | | | | |
| Familienname/Nachname: | Vorname: | | | VSNR (Geburtsdatum): | | | |
| Anschrift: | | | | Telefonnummer: | | | |
| Kontaktperson: | | | | Telefonnummer: | | | |
| **Daten der einschreitenden Person**  **Nur auszufüllen, wenn die einschreitende Person nicht die pflegebedürftige Person ist** | | | | | | | |
| Familienname/Nachname: | Vorname: | | | VSNR (Geburtsdatum): | | | |
| Anschrift: | | | | Telefonnummer: | | | |
| E-Mail: | | | | | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person | | | |  | | | |
| Gesetzliche Erwachsenenvertretung | | | | ja | | | |
| Gewählte Erwachsenenvertretung,  Gerichtliche Erwachsenenvertretung oder  Vertretungsvollmacht | | | | ja  (bitte um Anschluss des Nachweises über Art und Umfang des Vertretungsverhältnisses) | | | |
| Die pflegebedürftige Person bezieht ein Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz in Höhe | | | | | | | |
| der Stufe | 3 | 4 | 5 | | 6 | | 7 |
| Wurde im Falle der Inanspruchnahme von zwei Betreuungskräften für den Zuwendungszeitraum eine begünstigte sozialversicherungsrechtliche Absicherung pflegender Angehöriger im Sinne der §§ 18b bzw. 77 Abs.6 ASVG oder 33 Abs.9 GSVG oder 28 Abs.6 BSVG in Anspruch genommen? | | | | | | ja  nein | |
| **Nur auszufüllen, wenn die vorstehende Frage mit ja beantwortet wurde**  **Daten des pflegenden Angehörigen/der pflegenden Angehörigen** | | | | | | | |
| Familienname/Nachname: | Vorname: | | | VSNR (Geburtsdatum): | | | |
| Anschrift: | | | | Telefonnummer: | | | |
| **Einkommen der pflegebedürftigen Person** | | | | | | | |
| Das monatliche Netto-Einkommen beträgt: €  (Als Einkommen gilt grundsätzlich jede regelmäßig zufließende Geldleistung. Nichtzum 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 unterhaltsberechtigte Angehörige** | | | | | | | |
| ja wenn ja, Anzahl und Verwandtschaftsverhältnis:      nein  (Die Einkommensgrenze erhöht sich je unterhaltsberechtigtem Angehörigen / unterhaltsberechtigter Angehöriger um € 400 und je unterhaltsberechtigtem Angehörigen / unterhaltsberechtigter Angehöriger mit Behinderung um € 600). | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Wurde bei einer anderen Stelle (z.B. Land) eine gleichartige Förderung zur 24-Stunden-Betreuung beantragt oder zuerkannt?  ja ab/seit       in Höhe von mtl.  von (Behörde, zuerkennende Stelle)  nein |

|  |
| --- |
| Die Anweisung des Zuschusses möge auf folgendes Konto erfolgen:  *(siehe Kontoerklärung Blatt 9)*  Informationen zu BIC und IBAN finden Sie auf den Belegen Ihres Bankinstitutes  Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die Überweisung laufender Zahlungen auf  das angegebene Konto erst nach Vorlage einer von Ihrem Kreditinstitut unterfertigten Kontoerklärung erfolgen kann.  Ich verfüge über kein Konto und ersuche um Baranweisung des Zuschusses |

**ERKLÄRUNGEN**

1. Ich nehme außerdem zur Kenntnis, dass
2. eine Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds nur unter den vorstehend genannten Bedingungen gewährt wird;
3. auf Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds kein Rechtsanspruch besteht;
4. Personen, die eine Pflegekarenz oder eine Pflegeteilzeit vereinbart haben, für  
   die vereinbarte Dauer keine Förderung einer 24-Stunden-Betreuung beziehen können.
5. Ich verpflichte mich, die Zuwendung zurückzuzahlen, wenn
6. ich wesentliche Umstände verschwiegen oder unwahre Angaben gemacht habe,
7. die Zuwendung widmungswidrig verwendet wurde oder
8. die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung nicht oder nicht mehr möglich ist.
9. Ich verpflichte mich, jederzeit die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung zu   
   ermöglichen und alle Änderungen und sonstigen Umstände, die Auswirkungen auf die   
   Zuwendung haben könnten, unverzüglich zu melden.
10. Ich erkläre hiermit verbindlich, dass meine Angaben wahr und vollständig sind und erkläre weiters, dass eine Betreuung von Personen in deren Privathaushalten vorliegt, wobei die Betreuung im Rahmen einer selbständigen oder unselbständigen Erwerbstätigkeit erfolgt (siehe § 1 Abs. 1 Hausbetreuungsgesetz) sowie dass
    * + 1. bei Beschäftigung selbstständig erwerbstätiger Betreuungskräfte

auf Grund der selbständigen Erwerbstätigkeit der Betreuungsperson eine Pflichtversicherung nach § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG im Mindestausmaß der für das jeweilige Versicherungsjahr geltenden Mindestbeitragsgrundlage besteht und die Einsatzzeit der Betreuungskraft mindestens 48 Stunden pro Woche beträgt,

b) bei Beschäftigung unselbstständig erwerbstätiger Betreuungskräfte

die vereinbarte Arbeitszeit mindestens 48 Stunden pro Woche und höchstens   
128 Stunden in zwei aufeinander folgenden Wochen beträgt.

1. 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.
2. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Förderungsgewährung für ein und dieselbe Betreuungskraft innerhalb desselben Förderungszeitraumes (Kalendermonates) an mehreren Betriebsstandorten (etwa in zwei unterschiedlichen Standorten zweier unterschiedlicher Pflegebedürftiger) nicht möglich ist.
3. Ich ermächtige das Sozialministeriumservice, die für die Erledigung des Ansuchens   
   unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu überprüfen.
4. Ich bin damit einverstanden, dass das Sozialministeriumservice den Trägern der Sozialhilfe die unbedingt notwendigen Daten (Name, Adresse, Versicherungsnummer, Telefon-nummer) zum Zweck einer möglichst ökonomischen Verwaltungsabwicklung sowie im   
   Hinblick auf die finanzielle Abrechnung übermittelt.
5. Ich nehme zur Kenntnis, dass für den Fall des Umzuges der pflegebedürftigen Person oder des Zuschusswerbers bzw. der Zuschusswerberin in das Ausland Wien als vereinbarter   
   Gerichtsstand gilt.
6. Im Zuge der Förderabwicklung werden die in § 21b Abs. 7 Bundespflegegeldgesetz angeführten Datenarten verarbeitet. Die Zuschussgewährung setzt eine Pflegebedürftigkeit

voraus. Die entsprechenden Gesundheitsdaten gehören zu den besonderen Kategorien

personenbezogener Daten im Sinne der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Verarbeitung der im und mit dem Ansuchen angegebenen Daten zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen oder bei Handlungen der Gerichte im Rahmen ihrer justiziellen Tätigkeit erforderlich sind und auf der Grundlage des Unionsrechts und des nationalen Rechts, das in angemessenem Verhältnis zu dem verfolgten Ziel steht, den Wesensgehalt des Rechts auf Datenschutz wahrt und angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Grundrechte und Interessen der

betroffenen Person vorsieht, aus Gründen eines erheblichen öffentlichen Interesses erforderlich ist und daher die Verarbeitung insbesondere gemäß Art. 9 Abs 2 lit f) und g) DSGVO zulässig ist.

1. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Förderung im Wege einer Förderungsvereinbarung gewährt wird. Das Sozialministeriumservice ist Abwicklungsstelle, im Falle einer positiven Entscheidung ist der Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung Förderungsgeber. Die angeschlossenen Förderungsrichtlinien bilden einen integrierenden Bestandteil der Förderungsvereinbarung.

|  |
| --- |
| Der Zuschusswerber / Die Zuschusswerberin ist:  die pflegebedürftige Person, die im eigenen Namen auftritt  die pflegebedürftige Person, die rechtmäßig vertreten wird durch:    ……………………………………………………………………………………………………….  (Vertretungsverhältnis gemäß Seite 1 des Ansuchens)  die einschreitende Person (gemäß Seite 1 des Ansuchens) |

     ,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (Ort, Datum) |  | Unterschrift des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin |

|  |
| --- |
| **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:  ja  nein  Die Befugnis zu pflegerischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten wurde durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal erteilt:  ja  nein | |
| Vermittlung erfolgt durch die Agentur: | | |
| **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 €      .  die Betreuung im Sinne der 24-Stunden-Betreuung ausschließlich für die oben genannte pflegebedürftige Person zu übernehmen.  Die Betreuungsleistungen sind Gegenstand eines Förderungsvertrages gemäß § 21b Bundespflegegeldgesetz. Im Zuge der Förderabwicklung müssen insbesondere bei Überprüfung der Förderungsvoraussetzungen die in § 21b Abs. 7 Bundespflegegeldgesetz angeführten Datenarten und somit auch Daten betreffend die Personenbetreuungskraft verarbeitet werden. Ich nehme die gesetzlichen Ermächtigungen gemäß § 21b Bundespflegegeldgesetz zur Kenntnis und weiters zur Kenntnis, dass die Verarbeitung meiner in der Erklärung angegebenen Daten für die Wahrnehmung einer Aufgabe im öffentlichen Interesse und zur Wahrung der berechtigten Interessen des Förderungsgebers und des Sozialministeriumservices als Abwicklungsstelle erforderlich ist.       ,   |  |  |  | | --- | --- | --- | | (Ort, Datum) |  | (Unterschrift der Betreuungskraft) | | | |

|  |
| --- |
| **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:  ja  nein  Die Befugnis zu pflegerischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten wurde durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal erteilt:  ja  nein | |
| Vermittlung erfolgt durch die Agentur: | | |
| **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 €      .  die Betreuung im Sinne der 24-Stunden-Betreuung ausschließlich für die oben genannte pflegebedürftige Person zu übernehmen.  Die Betreuungsleistungen sind Gegenstand eines Förderungsvertrages gemäß § 21b Bundespflegegeldgesetz. Im Zuge der Förderabwicklung müssen insbesondere bei Überprüfung der Förderungsvoraussetzungen die in § 21b Abs. 7 Bundespflegegeldgesetz angeführten Datenarten und somit auch Daten betreffend die Personenbetreuungskraft verarbeitet werden. Ich nehme die gesetzlichen Ermächtigungen gemäß § 21b Bundespflegegeldgesetz zur Kenntnis und weiters zur Kenntnis, dass die Verarbeitung meiner in der Erklärung angegebenen Daten für die Wahrnehmung einer Aufgabe im öffentlichen Interesse und zur Wahrung der berechtigten Interessen des Förderungsgebers und des Sozialministeriumservices als Abwicklungsstelle erforderlich ist.       ,   |  |  |  | | --- | --- | --- | | (Ort, Datum) |  | (Unterschrift der Betreuungskraft) | | | |

**Folgende Unterlagen sind dem Ansuchen in Kopie anzuschließen bzw. nachzureichen:**

* Nachweis über das Einkommen der pflegebedürftigen Person
* Nachweise über allfällige Unterhaltsverpflichtungen der pflegebedürftigen Person
* bei einer Betreuungskraft aus einem anderen EU-Mitgliedstaat ein Nachweis über die
* Sozialversicherung in diesem EU-Staat (Formular A 1 / E 101)
* Einsatzzeit der Betreuungskraft von mindestens 48 Stunden pro Woche
* zutreffendenfalls Ausbildungsnachweis oder fachspezifische Ermächtigung der Betreuungsperson(en) durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal
* zutreffendenfalls Nachweis über die Art und Umfang des Vertretungsverhältnisses für die pflegebedürftige Person

*Sie können zu einem rascheren Verfahrensablauf beitragen, indem Sie dem Ansuchen das zuletzt erstellte Gutachten über den Pflegegeldanspruch anschließen.*

|  |
| --- |
| **Ansuchenstellung** |

Das Ansuchen ist in zeitlicher Nähe zur Begründung desselben einzubringen**.** Das Ansuchen ist in zeitlicher Nähe zum Beginn des Betreuungsverhältnisses eingebracht, wenn es spätestens in dem Monat einlangt, das auf den Beginn des Betreuungsverhältnisses folgt.

Bei später einlangenden Ansuchen ist eine Förderung frühestens mit Beginn des Monates vor der Antragstellung möglich.

Bitte übermitteln Sie Ihr Ansuchen an folgende Anschrift:

Sozialministeriumservice

Zentrale Poststelle

Babenbergerstraße 5

1010 Wien

Für Auskünfte steht Ihnen die in Ihrem Bundesland eingerichtete Landesstelle des Sozialminis-teriumservice gerne zur Verfügung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Landesstelle Burgenland**  Neusiedler Straße 46  7000 Eisenstadt  Tel. 02682 / 64 046 | **Landesstelle Oberösterreich**  Gruberstraße 63  4021 Linz  Tel. 0732 / 76 04-0 | **Landesstelle Tirol**  Herzog Friedrichstraße 3  6020 Innsbruck  Tel. 0512 / 56 31 01 |
| **Landesstelle Kärnten**  Kumpfgasse 23 – 25  9020 Klagenfurt am Wörthersee  Tel. 0463 / 58 64-0 | **Landesstelle Salzburg**  Auerspergstraße 67a  5020 Salzburg  Tel. 0662 / 88 983-0 | **Landesstelle Vorarlberg**  Rheinstraße 32/3  6900 Bregenz  Tel. 05574 / 68 38 |
| **Landesstelle Niederösterreich**  *Standort Wien*  Babenbergerstraße 5  1010 Wien  Tel. 01 / 588 31 | **Landesstelle Steiermark**  Babenbergerstraße 35  8020 Graz  Tel. 0316 / 70 90 | **Landesstelle Wien**  Babenbergerstraße 5  1010 Wien  Tel. 01 / 588 31 |

**Telefon österreichweit 05 99 88**

**KONTOERKLÄRUNG**

|  |  |
| --- | --- |
| **24 Stunden-Betreuung** | **Pflegegeldbezieher / Pflegegeldbezieherin:** |
| **Versicherungsnummer:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Daten des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin** | |
| Name |  |
| SVNR / Geb.Datum |  |
| Anschrift |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kreditinstitut |  |
| **BIC** \* |  |
| **IBAN** \* |  |

**\*** Die Angabe von BIC und IBAN ist für eine rasche Verarbeitung der Kontodaten unbedingt   
erforderlich

Ich beantrage hiermit, die mir vom Sozialministeriumservice gewährte Förderung bis auf weiteres auf das oben angeführte Konto zu überweisen.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass im Falle meines Ablebens alle diesem Konto nach dem Todestage gutgebrachten Geldleistungen des Sozialministeriumservice auf das Postscheckkonto des Unterstützungsfonds rücküberwiesen werden.

     ,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (Ort, Datum) |  | Unterschrift des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin bzw Zeichnungsberechtigten/Zeichnungsberechtigter |

Wir erklären ausdrücklich unser Einverständnis, im Falle des Ablebens des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin alle diesem Konto nach dem Todestage gutgebrachten Geldleistungen aus dem Unterstützungsfonds auf das Konto des Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung Nr. AT 766000000006000949 rückzuüberweisen. Wir nehmen zur Kenntnis, dass derartige Beträge kein in den Nachlass fallendes Guthaben darstellen.

     ,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (Ort, Datum) |  | Stempel und Unterschriften der Kreditunternehmung |