



BUNDESSOZIALAMT

An das
Bundessozialamt
Landesstelle

Eingangsstempel

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

Daten der pflegebedürftigen Person

| | | |
|---------------|----------|----------------------|
| Familienname: | Vorname: | VSNR (Geburtsdatum): |
| Anschrift: | | Telefonnummer: |

Daten des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

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

| | | |
|---------------|----------|----------------------|
| Familienname: | Vorname: | VSNR (Geburtsdatum): |
| Anschrift: | | Telefonnummer: |

Daten der Betreuungskraft/Betreuungskräfte:

| | | |
|----------------------|--|----------------------|
| Familienname: | Vorname: | VSNR (Geburtsdatum): |
| Anschrift: | | Telefonnummer: |
| Staatsangehörigkeit: | Registerzahl/Ausstellungszahl der Gewerbeberechtigung: | |

| | | |
|----------------------|--|----------------------|
| Familienname: | Vorname: | VSNR (Geburtsdatum): |
| Anschrift: | | Telefonnummer: |
| Staatsangehörigkeit: | Registerzahl/Ausstellungszahl der Gewerbeberechtigung: | |

Erklärung – Seite 6 – liegt bei.

| | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| Bezieht die pflegebedürftige Person Pflegegeld nach dem | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Bundespflegegeldgesetz (BPGG) oder | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Landespflegegeldgesetz (LPGG): | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | ja, in Höhe der Stufe | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | 5 | <input type="checkbox"/> | 6 | <input type="checkbox"/> | 7 |

Bei Beziehern von Pflegegeld der Stufen 3 oder 4 ist die Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung durch eine begründete **(fach)**ärztliche Bestätigung oder eine begründete Bestätigung sonstiger zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit berufener Experten nachzuweisen.

Einkommen der pflegebedürftigen Person

Das monatliche Netto-Einkommen beträgt: €

(Einkommen ist grundsätzlich jede regelmäßig zufließende Geldleistung. **Nicht** zum Einkommen zählen Pflegegeld oder vergleichbare Leistungen auf Grund bundes- oder landesgesetzlicher Vorschriften, Sonderzahlungen, Grundrenten nach den Sozialentschädigungsgesetzen, **Versichertenrenten oder vergleichbare Leistungen**, Familienbeihilfen, Studienbeihilfen, Wohnbeihilfen, Kinderbetreuungsgeld, Leistungen nach den Sozialhilfegesetzen der Länder oder vergleichbare Leistungen, Familienförderungen nach landesgesetzlichen Vorschriften.

Angaben zum Vermögen der pflegebedürftigen Person

Verfügt die pflegebedürftige Person über Vermögen

ja nein

Art des Vermögens:

Höhe des Vermögens:

(Vermögen in Form von Bargeld oder Geldeswert **wie etwa Sparbücher, Aktien, Anleihen** bleibt bis zu einem Betrag von **€7.000** unberücksichtigt. Darüber hinaus gehendes Vermögen ist zu verwerten. Ist die Verwertung des Vermögens dem/der Pflegebedürftigen nicht zumutbar, sind die Erträge bei der Berechnung des Einkommens zu berücksichtigen. Das Eigenheim (die Eigentumswohnung), das der Befriedigung des angemessenen Wohnbedürfnisses des Pflegebedürftigen dient, bleibt unberücksichtigt.)

Sorgepflichten der pflegebedürftigen Person für unterhaltsberechtignte Angehörige

nein

ja

wenn ja, Anzahl und Verwandtschaftsverhältnis:

(Die Einkommensgrenze - €2.500 monatlich netto - für die Bewilligung einer Zuwendung erhöht sich je unterhaltsberechtignten Angehörigen um €400,00, bei einem behinderten unterhaltsberechtignten Angehörigen um €600,00.)

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)

Voraussetzungen und Erklärungen

- 1) Ich nehme außerdem zur Kenntnis, dass
 - a) eine Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds nur unter den vorstehend genannten Bedingungen gewährt wird und
 - b) auf Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds kein Rechtsanspruch besteht.
- 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 Hausbetreuungsgesetzes 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) 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) Ich erkläre die Zustimmung, dass das Bundessozialamt die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einholt bzw. überprüft.

(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

- 6) Ich erkläre hiermit die Zustimmung, dass das Bundessozialamt den Trägern der Sozialhilfe meine unbedingt notwendigen Daten (Name, Adresse, Versicherungsnummer) 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

- 7) Ich erkläre mich einverstanden, dass dem Kompetenzzentrum Pflege bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern vom Bundessozialamt meine unbedingt notwendigen Daten (Name, Adresse, Versicherungsnummer, Telefonnummer) für die Durchführung einer qualifizierten unentgeltlichen Pflegeberatung zum Zwecke der Qualitätssicherung zur Verfügung gestellt werden.

Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

(Ort und Datum)

Unterschrift der pflegebedürftigen Person
des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Die Anweisung des Zuschusses möge auf folgendes Konto erfolgen: bei (Bankinstitut): lautend auf: Konto Nr.: BLZ: |
| <input type="checkbox"/> Ich verfüge über kein Konto und ersuche um Baranweisung des Zuschusses |

Folgende Unterlagen schließe ich dem Antrag bei:

- letzten rechtskräftigen Bescheid/letztes Urteil über den Pflegegeldbezug,
- Bestätigung der Anmeldung der Betreuungskraft beim Sozialversicherungsträger (Pflichtversicherung auf Grund eines Gewerbescheines gemäß § 2 Abs.1 Z 1 GSVG und keine Ausnahme gemäß § 4 Abs. 1 Z 7 GSVG beantragt)
- bei einer Betreuungskraft aus einem anderen EU-Mitgliedstaat einen Nachweis über die
 - Sozialversicherung in diesem EU-Staat (insbesondere Formular E 101),
 - geleisteten Beiträge,
 - Einsatzzeit der Betreuungskraft von mindestens 48 Stunden pro Woche,
- den Meldezettel der Betreuungskraft,
- Nachweise über Einkommen und Unterhaltsverpflichtungen der pflegebedürftigen Person,
- bei Beziehern von Pflegegeld der Stufen 3 oder 4: Bestätigung der Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung durch eine begründete (**fach**)ärztliche Bestätigung oder eine begründete Bestätigung sonstiger zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit berufener Experten.

Erklärung der selbständigen Betreuungskraft:

Hiermit erkläre ich,

.....
(Name der Betreuungskraft)

.....
(Adresse der Betreuungskraft)

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

Die monatlichen Beiträge belaufen sich auf € .

Ich erkläre meine Zustimmung, dass das Bundessozialamt die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einholt bzw. überprüft.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Betreuungskraft)

Erklärung der selbständigen Betreuungskraft:

Hiermit erkläre ich,

.....
(Name der Betreuungskraft)

.....
(Adresse der Betreuungskraft)

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

Die monatlichen Beiträge belaufen sich auf € .

Ich erkläre meine Zustimmung, dass das Bundessozialamt die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einholt bzw. überprüft.

.....
(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.

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

Landesstelle Burgenland

Hauptstraße 33a
7000 Eisenstadt

Landesstelle Kärnten

Kumpfgasse 23 – 25
9020 Klagenfurt

Landesstelle Niederösterreich

Standort St. Pölten
Grenzgasse 11/3
3100 St. Pölten

Standort Wien

Babenbergerstraße 5
1010 Wien

Landesstelle Oberösterreich

Gruberstraße 63
4021 Linz

Landesstelle Salzburg

Auerspergstraße 67a
5020 Salzburg

Landesstelle Steiermark

Babenbergerstraße 35
8021 Graz

Landesstelle Tirol

Herzog Friedrichstraße 3
6020 Innsbruck

Landesstelle Vorarlberg

Rheinstraße 32/3
6900 Bregenz

Landesstelle Wien

Babenbergerstraße 5
1010 Wien

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter der Rufnummer **05 99 88 (Österreichweit zum Ortstarif)** zur Verfügung.