

До  
Служба за социално подпомагане  
Бюро федерална провинция

Входящ печат
--------------

**Относно:** Добавка за подпомагането на 24-часовите грижи

- смяна на самостоятелно заето лице, полагащо грижи или / и  
 осигуряване на грижи от допълнително самостоятелно заето лице,  
полагащо грижи

Моля, попълнете с ПЕЧАТНИ БУКВИ

**Данни на нуждаещото се от грижи лице**

Фамилно име:	Име:	Осигурителен номер (VSNR) (дата на раждане):
Адрес:		Телефонен номер:
Лице за контакт:		Телефонен номер:
Степен за отпускане на помощ за полагане на грижи	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	

**Данни на кандидатстващия/кандидатстващата за помощта**

Да се попълни само, в случай че кандидатстващият/кандидатстващата за помощта не е  
нуждаещото се от грижи лице.

Фамилно име:	Име:	Осигурителен номер (VSNR) (дата на раждане):
Адрес:		Телефонен номер:

Ел. поща:	
роднинска връзка с нуждаещото се от грижи лице	
законен/-на представител/-ка или попечител/-ка:	<input type="checkbox"/> да, от
упълномощен/-а представител/-ка	<input type="checkbox"/> да

Бил ли е ангажиран, <b>в случай на ангажираност на две лица, полагащи грижи</b> , за периода, през който се получава подпомагане по отношение на социално-осигурителните права, полагащ грижи роднина по смисъла на §§ 18b респ. 77 параграф 6 ASVG (Закон за общото социално осигуряване) или 33 параграф 9 GSVG (Закон за социалното осигуряване на самостоятелно заетите лица) или 28 параграф 6 BSVG (Закон за социалното осигуряване на селскостопанските работници)?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
--	--

**Да се попълни само, в случай че на предходния въпрос е отговорено с "да"**

#### Данни на полагащия/полагащата грижи роднина

Фамилно име:	Име:	Осигурителен номер (VSNR) (дата на раждане):
Адрес:		Телефонен номер:

#### Условия и декларации

- 1) Запознат съм, че
  - a) за финансова помощ от фондовете за подпомагане не съществуват правни претенции;
  - b) лица, които са се договорили за прекъсване на грижите или за почасови грижи не могат да получават подпомагането за 24-часови грижи по време на договорения период.
- 2) С настоящето декларирам, че данните ми са верни и пълни и **декларирам** още, че относно **новото** отношение по полагане на грижи
  - a) съществува **полагане на грижи по смисъла на § 1 параграф 1 от Закона за полагането на грижи у дома** на Република Австрия,
  - b) въз основа на дейността като самостоятелно заето лице се прилага задължително осигуряване съгласно § 2 параграф 1 Z 1 GSVG (Закон за социалното осигуряване на самостоятелно заетите лица) върху месечна осигурителна база най-малко € 537,78, както и че периодът на заетост на лицето, полагащо грижи, възлиза на най-малко 48 часа седмично,
- 3) В случай че липсва удостоверение за професионална квалификация или пълномощно от специалист за извършване на болногледаческа и лекарска дейност на полагащото грижи лице/лица, моля финансовата помощ да бъде отпусната авансово. Декларирам готовност да ми бъде проведена визита от дипломиран специалист в рамките на следващите няколко месеца.
- 4) Упълномощавам Службата за социално подпомагане да събере, респективно да провери данните, абсолютно необходими за разглеждането на молбата.

.....  
(населено място, дата)

.....  
Подпис на нуждаещото се от грижи лице  
респ. на законовия представител

В случай че кандидатстващият / кандидатстващата за помощта не е нуждаещото се от грижи лице

.....  
(населено място, дата)

.....  
Подпис на кандидатстващия/кандидатстващата за  
помощта

- 5) Съгласен съм Службата за социално подпомагане да предостави на финансиращите социалната помощ институции абсолютно необходимите данни (име, адрес, осигурителен номер, телефонен номер) за целите на евентуална икономическа административна процедура, както и с оглед на финансовата отчетност.

.....  
(населено място, дата)

.....  
Подпис на нуждаещото се от грижи лице  
респ. на законовия представител

В случай че кандидатстващият / кандидатстващата за помощта не е нуждаещото се от грижи лице

.....  
(населено място, дата)

.....  
Подпис на кандидатстващия/кандидатстващата за  
помощта

**Декларация за ново полагащо грижи лице – приложена е на страница 5.**

**Копия на следните документи трябва да се приложат, респективно предоставят към молбата:**

- австрийски регистрационен формуляр на лицето/-а, полагащо/-и грижи
- разрешително за упражняване на професията или препис от професионалния регистър на полагащото грижи лице
- потвърждение за регистрацията на полагащото грижи лице/-а в социално-осигурителната институция (задължително осигуряване = пълна застраховка въз основа на разрешително за упражняване на професия съгласно § параграф 1 Z 1 GSVG (Закон за социалното осигуряване на самостоятелно заетите лица), като не са приложими изключенията съгласно § 4 параграф 1 Z 1 и 7 GSVG)

или

- в случай на полагащо грижи лице от друга страна-членка на ЕС, доказателство за
  - социално осигуряване в тази страна-членка на ЕС (формуляр А 1 / Е 101)
  - минимален период на заетост на полагащото грижи лице от 48 часа седмично
- ако е приложимо, документ за завършено образование или пълномощно, издадено от лекар/лекарка или дипломиран болногледач, на полагащото грижи лице/-а.
- попълнена и подписана от полагащото грижи лице декларация

**Да се попълни само при смяна на полагащото грижи лице**

<b>Данни на досегашното самостоятелно заето, полагащо грижи лице:</b>		
Фамилно име:	Име:	австрийски осигурителен номер (VSNR) (дата на раждане):
<b>Прекратяване на отношението по полагане на грижи, считано от</b>		

<b>Следното самостоятелно заето лице поема задълженията по полагане на грижи:</b>		
Фамилно име:	Име:	австрийски осигурителен номер (VSNR) (дата на раждане):
Гражданство:	Начало на отношението по полагане на грижи:	
Квалификация: (включени копия на доказателства)	Теоретично образование, отговарящо по същество на образованието на болногледач/болногледачка, приложимо: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Пълномощно за болногледаческа респ. лекарска дейности, издадено от лекар/лекарка или дипломиран болногледач: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	
Посредничеството става чрез агенцията:		

**Отпускането на помощта за едно и също лице, полагащо грижи, в рамките на един и същ период за подпомагане (календарен месец) на повече местонахождения (например за две различни нуждаещи се от грижи лица, намиращи се на различни места) не е възможно!**

**Да се попълни само при сключване на договор с допълнително полагащо грижи лице!**

<b>Данни на допълнителното полагащо грижи лице:</b>		
Фамилно име:	Име:	австрийски осигурителен номер (VSNR) (дата на раждане):
Гражданство:	Начало на отношението по полагане на грижи:	
Квалификация: (включени копия на доказателства)	Теоретично образование, отговарящо по същество на образованието на болногледач/болногледачка, приложимо: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не Пълномощно за болногледаческа респ. лекарска дейности, издадено от лекар/лекарка или дипломиран болногледач: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	
Посредничеството става чрез агенцията:		

**Декларация на самостоятелно заетото лице, полагащо грижи:**

С настоящето декларирам,

.....  
(име на полагащото грижи лице

.....  
(адрес на полагащото грижи лице)

че съм задължително осигурен за социално осигуряване в занаятчийския сектор съгласно § 2 параграф 1 Z 1 GSVG (Закон за социалното осигуряване на самостоятелно заетите лица)

че съм осигурен към друга социалноосигурителна институция  
описание на осигурителната институция:

месечните вноски възлизат на € .

да се ангажирам с полагане на грижи в смисъл на 24-часови грижи изключително само за гореспоменатото лице, нуждаещо се от грижи.

Декларирам съгласието си, че Службата за социално подпомагане може да разполага с данните, абсолютно необходими за разглеждането на молбата и проверката на условията за подпомагане, и да ги предостави на социалноосигурителната институция.

.....  
(населено място, дата)

.....  
(подпис на полагащото грижи лице)

## Подаване на заявление

Молбите за отпускане на финансова добавка трябва по възможност да се подадат **преди** началото на отношението по полагането на грижи респ. **скоро след** възникването на такава.

Молбата се счита за подадена скоро след началото на отношение по полагане на грижи, когато е подадена най-късно през месеца, следващ възникването на отношение по полагане на грижи.

При по-късно подаване на молбата е възможна финансова помощ най-рано от месеца на подаване на заявлението.

Моля, предайте молбата си в Бюрото към Службата за социално подпомагане във Вашата Федерална провинция:

### **Бюро федерална провинция**

#### **Бургенланд**

Нойзийдлер щрасе 46

7000 Айзенщат

тел: 02682 / 64 046

### **Бюро федерална провинция**

#### **Горна Австрия**

Груберщрасе 63

4021 Линц

тел: 0732 / 76 04-0

### **Бюро федерална**

#### **провинция Тирол**

Херцог Фридрихщрасе 3

6020 Инсбрук

тел: 0512 / 56 31 01

### **Бюро федерална провинция**

#### **Каринтия**

Кумпфгасе 23 - 25

9020 Клагенфурт ам Вьортерзее

тел: 0463 / 58 64-0

### **Бюро федерална провинция**

#### **Залцбург**

Ауерспергщрасе 67а

5020 Залцбург

тел: 0662 / 88 983-0

### **Бюро федерална**

#### **провинция Форарлберг**

Рейнщрасе 32/3

6900 Брегенц

тел: 05574 / 68 38

### **Бюро федерална провинция**

#### **Долна Австрия**

*Виена*

Бабенбергерщрасе 5

1010 Виена

тел: 01 / 588 31

### **Бюро федерална провинция**

#### **Щирия**

Бабенбергерщрасе 35

8020 Грац

тел: 0316 / 70 90

### **Бюро федерална**

#### **провинция Виена**

Бабенбергерщрасе 5

1010 Виена

тел: 01 / 588 31

**телефон за цяла Австрия: 05 99 88**