

Do
Serwisu Ministerstwa Polityki Społecznej
Oddział

Stempel wpływu

WNIOSEK

o przyznanie dotacji na finansowanie 24-godzinnej opieki zgodnie z § 21b austriackiej ustawy federalnej o zasiłkach opiekuńczych (samodzielna działalność zarobkowa)

Należy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI.

Dane osoby wymagającej opieki

Nazwisko:	Imię:	Nr ubezpiec. VSNR (data urodzenia):
Adres:		Numer telefonu:
Osoba kontaktowa:		Numer telefonu:

Dane osoby ubiegającej się o dotację

Należy wypełnić tylko w przypadku, gdy osoba ubiegająca się o dotację nie jest osobą wymagającą opieki.

Nazwisko:	Imię:	Nr ubezpiec. VSNR (data urodzenia):
Adres:		Numer telefonu:
E-mail:		
Stosunek pokrewieństwa z osobą wymagającą opieki		
przedstawiciel prawny lub kurator:		<input type="checkbox"/> tak, od
osoba upoważniona do reprezentowania		<input type="checkbox"/> tak

Osoba wymagająca opieki pobiera zasiłek pielęgnacyjny zgodnie z austriacką ustawą federalną o zasiłkach opiekuńczych w wysokości stopnia

3 4 5 6 7

Czy w przypadku zatrudnienia dwóch opiekunów/opiekunek w okresie przyznawania dotacji skorzystano z uprzywilejowanego zabezpieczenia społecznego dla członków rodziny sprawujących opiekę w rozumieniu §§ 18b lub 77 ust.6 ASVG lub 33 ust.9 GSVG lub 28 ust. 6 BSVG?

tak

nie

Należy wypełnić tylko w przypadku, gdy odpowiedź na powyższe pytanie była twierdząca.

Dane członka rodziny sprawującego opiekę/członków rodziny sprawujących opiekę

Nazwisko:	Imię:	Nr ubezpiec. VSNR (data urodzenia):
Adres:		Numer telefonu:

Dochód osoby wymagającej opieki

Miesięczny dochód netto wynosi: EUR

(Za dochód uważane jest zasadniczo każde regularnie wpływające świadczenie pieniężne. Do dochodu **nie zalicza się** zasiłek pielęgnacyjny lub podobne świadczenia otrzymywane na podstawie przepisów federalnych lub krajowych, bonusy, minimalna emerytura zgodnie z ustawami o odszkodowaniach społecznych, renty inwalidzkie lub podobne świadczenia, zasiłki rodzinne, stypendia studenckie, zapomogi mieszkaniowe, zasiłki wychowawcze, świadczenia zgodnie z ustawami o pomocy społecznej, obowiązującymi w poszczególnych krajach związkowych lub podobne świadczenia, świadczenia rodzinne zgodnie z przepisami poszczególnych krajów związkowych.

Granica dochodu: **2500 EUR** netto miesięcznie)

Obowiązek opieki nad osobami pozostającymi na utrzymaniu osoby wymagającej opieki

tak jeśli tak, liczba i stosunek pokrewieństwa:

nie

(Granica dochodu do przyznania dotacji, określona na **2500 EUR** netto miesięcznie, zwiększa się o 400,-- EUR na każdą osobę pozostającą na utrzymaniu oraz o 600,-- EUR na każdą niepełnosprawną osobę pozostającą na utrzymaniu).

Czy tego rodzaju finansowanie 24-godzinnej opieki było wnioskowane i zostało przyznane w innej placówce (np. w innym kraju związkowym)?

tak od _____ w miesięcznej wysokości
przez (instytucja, placówka przyznająca)

nie

Przekazanie dotacji może nastąpić na następujące konto:
(patrz dołączone oświadczenie o numerze konta)

w (nazwa banku):

na rzecz (właściciel konta):

BIC:

IBAN:

Informacje dotyczące numerów BIC i IBAN znajdą Państwo na dokumentach ze swojego banku.

Prosimy o zrozumienie, że przekazanie bieżących płatności na podane konto będzie możliwe dopiero po przedłożeniu oświadczenia o numerze konta bankowego, podpisanego przez Państwa bank.

Nie posiadam konta bankowego i proszę o wypłatę dotacji w gotówce

Warunki i oświadczenia

- 1) Ponadto przyjmuję do wiadomości, że
 - a) dotacja z funduszu zapomogowego zostanie przyznana wyłącznie z zastrzeżeniem spełnienia określonych powyżej warunków;
 - b) nie powstaje roszczenie prawne o wypłatę dotacji z funduszu zapomogowego;
 - c) osoby, które uzgodniły okres karencji lub opieki w niepełnym wymiarze godzin, przez uzgodniony okres nie mogą pobierać środków na finansowanie opieki 24-godzinnej.
- 2) **Zobowiązuję** się do zwrotu dotacji, w przypadku
 - a) zatajenia ważnych okoliczności lub udzielenia fałszywych informacji,
 - b) wykorzystania dotacji niezgodnie z przeznaczeniem lub
 - c) uniemożliwienia przeprowadzenia kontroli wykorzystania dotacji zgodnie z przeznaczeniem.
- 3) **Zobowiązuję** się do umożliwienia przeprowadzenia kontroli wykorzystania dotacji zgodnie z przeznaczeniem oraz do niezwłocznego informowania o wszelkich okolicznościach, które mogą mieć wpływ na dotację.
- 4) Niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe i kompletne, a ponadto **oświadczam**, że
 - a) opieka odbywa się w rozumieniu § 1 ust. 1 austriackiej ustawy o opiece domowej,
 - b) na podstawie samodzielnej działalności gospodarczej opiekuna/opiekunki odprowadzane jest obowiązkowe ubezpieczenie zgodnie z § 2 ust. 1 Z 1 GSVG, którego miesięczna podstawa naliczania składek wynosi co najmniej 537,78 EUR, a czas pracy opiekuna/opiekunki wynosi co najmniej 48 godzin w tygodniu,
- 5) O ile nie przedłożono zaświadczenia o wykształceniu lub specjalistycznego upoważnienia do wykonywania czynności pielęgniarских lub lekarskich przez opiekuna/opiekunkę, proszę o udzielenie finansowania w postaci zaliczki.
Oświadczam, że wyrażam zgodę na wizytę domową przez dyplomowanego specjalistę w ciągu najbliższych miesięcy.
- 6) Upoważniam Serwis Ministerstwa Polityki Społecznej do pozyskiwania i sprawdzania danych niezbędnych do rozpatrzenia niniejszego wniosku.

(miejscowość, data)

Podpis osoby wymagającej opieki
lub jej przedstawiciela prawnego

Osoba ubiegająca się o dotację nie jest osobą wymagającą opieki

(miejscowość, data)

Podpis osoby ubiegającej się o dotację

- 7) Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Serwis Ministerstwa Polityki Społecznej niezbędnych danych (nazwisko, adres, numer ubezpieczenia, numer telefonu) ośrodkom pomocy społecznej w celu najbardziej ekonomicznej realizacji procedur administracyjnych, jak i rozliczenia finansowego.

(miejscowość, data)

Podpis osoby wymagającej opieki
lub jej przedstawiciela prawnego

Osoba ubiegająca się o dotację nie jest osobą wymagającą opieki

(miejscowość, data)

Podpis osoby ubiegającej się o dotację

Należy dołączyć do wniosku lub dostarczyć później **kopie** następujących dokumentów:

- ostatnia prawomocna decyzja / ostatnia opinia o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego,
 - zaświadczenie o dochodach osoby wymagającej opieki,
 - w przypadku pobierania zasiłku pielęgnacyjnego w stopniu 3 i 4: ostatnio wydane orzeczenie o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego (jeśli to możliwe)
 - zaświadczenia o niezbędnych zobowiązaniach alimentacyjnych osoby wymagającej opieki,
 - austriacki dokument meldunkowy opiekuna/opiekunki,
 - zezwolenie na prowadzenie działalności gospodarczej lub wyciąg z ewidencji działalności gospodarczej opiekuna/opiekunki
 - potwierdzenie zgłoszenia opiekuna/opiekunki do ubezpieczenia społecznego (ubezpieczenie obowiązkowe = pełne ubezpieczenie na podstawie zezwolenia na prowadzenie działalności gospodarczej zgodnie z § 2 ust.1 Z 1 GSVG i nie złożono wniosku o zastosowanie wyjątku zgodnie z § 4 ust. 1 Z 1 i 7 GSVG)
- lub
- w przypadku opiekuna/opiekunki z innego państwa UE – potwierdzenie
 - ubezpieczenia społecznego w tym państwie UE (formularz A1 /E 101)
 - czas pracy opiekuna/opiekunki będzie wynosił co najmniej 48 godzin w tygodniu,
 - dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji lub specjalistyczne upoważnienie opiekuna/opiekunki od lekarza lub dyplomowanej pielęgniarce, jeśli dotyczy,
 - potwierdzenie ustanowienia kuratora osoby wymagającej opieki, jeśli dotyczy,
 - pełnomocnictwo do reprezentacji (= upoważnienie do reprezentacji od notariusza lub pełnomocnictwo prewencyjne), jeśli dotyczy,
 - oświadczenia o numerze konta bankowego, jeśli dotyczy

Przyznanie finansowania dla jednej i tej samej opiekunki/opiekuna w ramach tego samego okresu finansowania (miesiąca kalendarzowego) w kilku lokalizacjach (na przykład w dwóch różnych lokalizacjach dwóch różnych osób wymagających opieki) nie jest możliwe!

Dane opiekuna/opiekunki 1:		
Nazwisko:	Imię:	austriacki nr ubezpiec. VSNR (data urodzenia):
Obywatelstwo:	Rozpoczęcie stosunku opieki:	
Kwalifikacje: (należy dołączyć kopie dokumentów poświadczających kwalifikacje)	Opiekun/opiekunka dysponuje wykształceniem teoretycznym, które zasadniczo odpowiada wykształceniu opiekuna osób starszych lub niepełnosprawnych: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Opiekun/opiekunka otrzymał/a upoważnienie od lekarza lub dyplomowanej pielęgniarki do wykonywania czynności pielęgniarskich lub lekarskich: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Pośrednictwo przez agencję:		

Dane opiekuna/opiekunki 2:		
Nazwisko:	Imię:	austriacki nr ubezpiec. VSNR (data urodzenia):
Obywatelstwo:	Rozpoczęcie stosunku opieki:	
Kwalifikacje: (należy dołączyć kopie dokumentów poświadczających kwalifikacje)	Opiekun/opiekunka dysponuje wykształceniem teoretycznym, które zasadniczo odpowiada wykształceniu opiekuna osób starszych lub niepełnosprawnych: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Opiekun/opiekunka otrzymał/a upoważnienie od lekarza lub dyplomowanej pielęgniarki do wykonywania czynności pielęgniarskich lub lekarskich: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Pośrednictwo przez agencję:		

Jeśli osoba wymagająca opieki pobiera zasiłek pielęgnacyjny w stopniu 3 lub 4, konieczne jest odrębne ustalenie konieczności 24-godzinnej opieki przez Serwis Ministerstwa Polityki Społecznej.

Decyzja zostanie wydana na podstawie ostatniego wydanego orzeczenia o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego.

Można przyspieszyć tę procedurę, dołączając do wniosku ostatnio wydane orzeczenie o przyznaniu prawa do zasiłku pielęgnacyjnego.

Oświadczenie opiekuna/opiekunki 1:

Ja,

.....
(nazwisko opiekuna/opiekunki).....
(adres opiekuna/opiekunki w Austrii)

- niniejszym oświadczam, że posiadam obowiązkowe ubezpieczenie społeczne dla osób prowadzących działalność gospodarczą zgodnie z § 2 ust. 1 Z 1 GSVG.
- jestem ubezpieczony/a przez inny podmiot odpowiedzialny za ubezpieczenie społeczne
Nazwa podmiotu odpowiedzialnego za ubezpieczenie

Miesięczne składki wynoszą EUR.

- podejmę opiekę w rozumieniu 24-godzinnej opieki wyłącznie nad wyżej wymienioną osobą wymagającą opieki.

Wyrażam zgodę na pobieranie przez Serwis Ministerstwa Polityki Społecznej danych niezbędnych do rozpatrzenia wniosku oraz sprawdzenia warunków kwalifikowalności, oraz na przekazywanie ich podmiotowi odpowiedzialnemu za ubezpieczenie społeczne.

.....
(miejsowość, data).....
(podpis opiekuna/opiekunki)**Oświadczenie opiekuna/opiekunki 2:**

Ja,

.....
(nazwisko opiekuna/opiekunki).....
(adres opiekuna/opiekunki w Austrii)

- niniejszym oświadczam, że posiadam obowiązkowe ubezpieczenie społeczne dla osób prowadzących działalność gospodarczą zgodnie z § 2 ust. 1 Z 1 GSVG.
- jestem ubezpieczony/a przez inny podmiot odpowiedzialny za ubezpieczenie społeczne
Nazwa podmiotu odpowiedzialnego za ubezpieczenie

Miesięczne składki wynoszą EUR.

- podejmę opiekę w rozumieniu 24-godzinnej opieki wyłącznie nad wyżej wymienioną osobą wymagającą opieki.

Wyrażam zgodę na pobieranie przez Serwis Ministerstwa Polityki Społecznej danych niezbędnych do rozpatrzenia wniosku oraz sprawdzenia warunków kwalifikowalności, oraz na przekazywanie ich podmiotowi odpowiedzialnemu za ubezpieczenie społeczne.

.....
(miejsowość, data).....
(podpis opiekuna/opiekunki)

Złożenie wniosku

Wniosek o przyznanie dotacji należy w miarę możliwości złożyć **przed** rozpoczęciem stosunku opieki lub w czasie **zbliżonym** do jego nawiązania.

Wniosek jest uważany za złożony w czasie zbliżonym do rozpoczęcia stosunku opieki wówczas, gdy wpłynie najpóźniej w miesiącu następującym po rozpoczęciu stosunku opieki.

W przypadku wniosków złożonych później, możliwe jest uzyskanie finansowania najwcześniej od rozpoczęcia miesiąca przed złożeniem wniosku.

Należy przekazać wniosek do oddziału Serwisu Ministerstwa Polityki Społecznej w Państwa kraju związkowym:

Oddział Burgenland

Neusiedler Straße 46
7000 Eisenstadt
Tel. 02682 / 64 046

Oddział Karyntia

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

Oddział Dolna Austria

Siedziba w Wiedniu
Babenbergerstraße 5
1010 Wien
Tel. 01 / 588 31

Oddział Górna Austria

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

Oddział Salzburg

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

Oddział Styria

Babenbergerstraße 35
8020 Graz
Tel. 0316 / 70 90

Oddział Tyrol

Herzog Friedrichstraße 3
6020 Innsbruck
Tel. 0512 / 56 31 01

Oddział Vorarlberg

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

Oddział Wiedeń

Babenbergerstraße 5
1010 Wien
Tel. 01 / 588 31

Telefon na terenie całej Austrii 05 99 88