

Do  
Serwisu Ministerstwa Polityki Społecznej  
Oddział

Stempel wpływu
----------------

Dotyczy: **Dotacja na finansowanie 24-godzinnej opieki**

- Zmiana samodzielnego opiekuna/opiekunki oraz/lub**  
 **Opieka przez dodatkowego samodzielnego opiekuna/opiekunkę**

Należy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI.

**Dane osoby wymagającej opieki**

Nazwisko:	Imię:	Nr ubezpiec. VSNR (data urodzenia):
Adres:		Numer telefonu:
Osoba kontaktowa:		Numer telefonu:
Stopień zasiłku pielęgnacyjnego <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		

**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

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?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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:	

### Warunki i oświadczenia

- 1) Ponadto przyjmuję do wiadomości, że
  - a) nie powstaje roszczenie prawne o wypłatę dotacji z funduszu zapomogowego;
  - b) Osoby, które uzgodniły okres karencji lub opieki w niepełnym wymiarze godzin, przez uzgodniony okres nie mogą pobierać środków na finansowanie opieki 24-godzinnej.
- 2) Niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe i kompletne, a ponadto **oświadczam**, że w odniesieniu do **nowego** stosunku opieki
  - 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,
- 3) O ile nie przedłożono zaświadczenia o wykształceniu lub specjalistycznego upoważnienia do wykonywania czynności pielęgniarzkich 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.
- 4) 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
------------------------------	---

- 5) 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.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
Podpis osoby wymagającej opieki  
lub jej przedstawiciela prawnego

Osoba ubiegająca się o dotację nie jest osobą wymagającą opieki

.....  
(miejsowość, data)

.....  
Podpis osoby ubiegającej się o dotację

**Oświadczenie dla nowego opiekuna/opiekunki – strona 5 – jest dołączone.**

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

- 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 pielęgniarki, jeśli dotyczy,
  - oświadczenie wypełnione i podpisane przez opiekuna/opiekunkę

**Należy wypełnić wyłącznie w przypadku zmiany opiekuna/opiekunki**

<b>Dane dotychczasowego samodzielnego opiekuna/opiekunki:</b>		
Nazwisko:	Imię:	austriacki nr ubezpieczeniowy VSNR (data urodzenia):
<b>Rozwiązanie stosunku opieki ze skutkiem od dnia</b>		

<b>Zamiast niego/niej, opiekę obejmie następujący samodzielny opiekun/opiekunka:</b>		
Nazwisko:	Imię:	austriacki nr ubezpieczeniowy 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:		

**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!**

**Należy wypełnić wyłącznie w przypadku zawarcia umowy z dodatkowym opiekunem/opiekunką!**

<b>Dane dodatkowego opiekuna/opiekunki:</b>		
Nazwisko:	Imię:	austriacki nr ubezpieczeniowy 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:		

**Oświadczenie samodzielnego opiekuna/opiekunki:**

Ja,

.....  
(nazwisko opiekuna/opiekunki)

.....  
(adres opiekuna/opiekunki)

- 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**