

A  
Szociális Minisztérium Szolgáltatója  
Tartományi Irodája részére

Érkeztetési bélyegző

## KÉRVÉNY

**A szövetségi ápolási törvény 21b § szerinti 24 órás gondozás támogatására vonatkozó anyagi juttatás engedélyezésére (önálló kereső tevékenység)**

Kérem, NYOMTATOTT BETŰKKEL töltsse ki

### Az ápolásra szoruló személy adatai

|                       |         |                         |
|-----------------------|---------|-------------------------|
| Családnév/vezetéknév: | Utónév: | VSNR (születési dátum): |
| Megszólítás:          |         | Telefonszám:            |
| Kapcsolattartó:       |         | Telefonszám:            |

### A kérelmező/kérelmező nő adatai

**Csak akkor töltsse ki, ha a kérelmező/kérelmező nő nem maga az ápolásra szoruló személy.**

|   |   |                         |
|---|---|-------------------------|
| Családnév/vezetéknév:                                 | Utónév:                                 | VSNR (születési dátum): |
| Megszólítás:  |   | Telefonszám:            |
| E-Mail:   |   |                         |
| Az ápolásra szoruló személlyel fennálló rokonsági fok |   |                         |
| Törvényes képviselő vagy törvényes gondnok:           | <input type="checkbox"/> igen,      óta |                         |
| Képviselőre jogosult                                  | <input type="checkbox"/> igen           |                         |

Az ápolásra szoruló személyre a szövetségi ápolási díjról szóló törvény alapján a következő összegű ápolási díj vonatkozik

3       4       5       6       7

**Ha 2 gondozót foglalkoztatnak,**

akkor az ASVG 18 § ill. 77§ 6. bek. (ált.tb.törv.au) vagy a GSVG 33 9. bek. (ip-ker tb.törv.au) vagy a BSVG 28 6. bek. (földm.tb.törv.au) értelmében az alkalmazás időtartamára igénybe veszik a kedvezményes társadalombiztosítás-jogbiztosítást?

igen

nem

**Csak akkor kell kitölteni, ha a az előbbi kérdésre igennel válaszolt.**

**Az ápolásra szoruló hozzátartozó adatai / ápolásra szoruló hozzátartozók**

|                       |         |                         |
|-----------------------|---------|-------------------------|
| Családnév/vezetéknév: | Utónév: | VSNR (születési dátum): |
| Megszólítás:          |         | Telefonszám:            |

**Az ápolásra szoruló személy jövedelme**

A havi nettó jövedelem összege: €

(alapvetően jövedelemnek számít minden rendszeresen beérkező pénzbeli juttatás. **Nem** számítanak jövedelemnek az ápolási díj vagy az ehhez hasonló, a szövetségi vagy tartományi előírások körébe tartozó juttatások, külön kifizetések, a szociális kártalanítási törvény szerinti alapnyugdíjak, a hadirokkant nyugdíjak vagy ehhez hasonló szolgáltatások, a családi támogatások, a tanulmányi támogatások, a lakhatási támogatások, a gyermekgondozási díj, a tartományi szociális segélyezésre

vonatkozó törvények körébe tartozó szolgáltatások, vagy hasonló kifizetések, a tartományi előírások családtámogatásai.

Jövedelemhatár: havi **2.500 €** nettó)

**Ápolásra szoruló személy tartásra jogosult hozzátartozójának a gondoskodási kötelezettsége**

Igen, ha igen, a számuk és rokonsági viszonyuk:

nem

(A juttatás megítélésénél a - **€ 2.500** havi nettó jövedelemhatár tartásra jogosult hozzátartozók esetében személyenként 400,-- €-val, mozgássérült tartásra jogosult hozzátartozók esetében pedig személyenként 600,-- €-val emelkedik).

Másik helyen (pl. tartományban) is igényelt, vagy jelenleg kap ezzel egyenértékű 24 órás ápolást?

igen                      dátumtól/óta                      havi                      összegben.

a                      (hatóságtól, odaítélő hely)

nem

Kérem, hogy az anyagi juttatást a következő számlára utalják:  
(lásd a melléklet számlanyilatkozatot)

Bank (bankfiók):

számlatulajdonos (nő):

BIC:

IBAN:

A BIC és IBAN információi az Ön bankjának a bizonylatain szerepelnek

**Kérem, megértését, hogy a folyó fizetések megadott számlára történő átutalása csak akkor lehetséges, ha bemutatta az Ön hitelintézete által elkészített számlanyilatkozatot.**

Nem rendelkezem számlával, és ezért az anyagi juttatás készpénzes kifizetését kérem

## Feltételek és nyilatkozatok

- 1) Ezenkívül tudomásul veszem, hogy
  - a) a támogatási alapból kifizetendő juttatást csak az alább megnevezett feltételek esetén biztosítják;
  - b) A támogatási alapból való juttatásra nem vonatkozik a jogigény;
  - c) Azokra a személyekre, akik az ápolási javadalmazás beszüntetéséről vagy a részidős ápolásról állapotok meg, nem vonatkozhat a megállapodott időtartamra a 24 órás gondozás.
- 2) **Kötelezettséget vállalok**, hogy visszafizetem az anyagi juttatást, ha
  - a) fontos körülményeket elhallgatok, vagy ha valótlan adatokat állítottam,
  - b) az anyagi juttatást nem rendeltetésszerűen használtam fel, vagy
  - c) ha megállapították, hogy nem rendeltetésszerű volt a felhasználás.
- 3) **Kötelezettséget vállalok**, hogy bármikor készen állok a rendeltetésszerű felhasználás ellenőrzésére, és minden olyan körülményt haladéktalanul bejelentek, ami hatással lehet az anyagi juttatásra.
- 4) Ezúton kötelezően kijelentem, hogy adataim valósak és teljesek, ezenkívül **kijelentem**, hogy
  - a) fennáll a házi gondozásról szóló törvény 1§ 1. bek. szerinti gondozás ténye,
  - b) a gondozó személy az önálló keresőtevékenysége alapján a GSVG 2 § 1 Z 1 bek. szerinti kötelező biztosítás havonta minimálisan 537,78 € és a gondozóként teljesített szolgálati idő hetente legalább 48 óra.
- 5) Amennyiben nem áll rendelkezésre a gondozó /gondozók képzettségét igazoló bizonyítvány, vagy a szakmai specifikus ápolási vagy orvosi tevékenységre vonatkozó engedély, akkor a támogatási engedélyt előzetesnek tekintem. Ezúton kijelentem, hozzájárulok ahhoz, hogy egy diplomás szakember a következő hónapokban látogatást tegyen a háznál.
- 6) Felhatalmazom a Szociális Minisztérium Szolgáltatóját (Sozialministeriumservice), hogy a kérvény elbírálásához az elengedhetetlen adatokat bekérje, illetve azokat ellenőrizze.

.....  
(hely, dátum)

.....  
az ápolásra szoruló személy  
illetve a törvényes képviselő aláírása

Az anyagi juttatás kérelmező/kérelmező nő nem maga az ápolásra szoruló személy

.....  
(hely, dátum)

.....  
A kérelmező/kérelmező nő aláírása

- 7) Egyetértek azzal, hogy a Szociális Minisztérium Szolgáltatója (Sozialministeriumservice) a szociális segély illetékes szervezetével közölje a feltétlenül szükséges adatokat (név, cím, társadalombiztosítási szám, telefonszám) az adminisztráció gazdaságos lebonyolítása, valamint a pénzügyi elszámolás érdekében.

-----  
(hely, dátum) az ápolásra szoruló személy  
illetve a törvényes képviselő aláírása

Az anyagi juttatás kérelmező/kérelmező nő nem maga az ápolásra szoruló személy

-----  
(hely, dátum) A kérelmező/kérelmező nő aláírása

Az alábbi dokumentumokat **másolatban** csatolni kell a kérvényhez, vagy utólag be kell őket nyújtani:

- az ápolási díjra vonatkozó utolsó jogerős határozat / utolsó ítélet
  - az ápolási díjra jogosult jövedelemigazolása
  - 3. és 4. fokozatú ápolási díj esetén: Az utoljára megállapított ápolási díjjóváírás (ha lehetséges)
  - az ápolási díjra jogosult mindenféle tartási kötelezettségének az igazolása
  - a gondozó személy(ek) osztrák bejelentőlapja
  - A gondozó személy(ek) iparigazolványa vagy iparregiszteri kivonata
  - A gondozó személy(ek) társadalombiztosítási szervnél történő bejelentkezési igazolása (kötelező társadalombiztosítás = a GSVG 2 § 1 Z 1 bek. szerinti, iparigazolvány alapján történő teljes biztosítás és nincs kivétel kérelem a GSVG 4 § 1 Z 1 és 7 bek. szerint)
- vagy
- ha más EU tagállamból érkezik a gondozó, akkor az igazolás
    - amit az adott EU állam társadalombiztosítása (az A 1 / E 101 űrlap) ad ki
    - a gondozó személy heti foglalkoztatási ideje legalább 48 óra
  - megfelelő esetben a képzettséget igazoló bizonyítvány vagy a gondozó személy(ek) részére egy orvos / orvosnő vagy diplomás ápoló által kiállított szakmai specifikus meghatalmazás
  - megfelelő esetben az ápolásra szoruló személy érdekében készített, a jogi képviselőnek / képviselőnőnek továbbított megrendelés igazolása
  - megfelelő esetben a teljes körű képviseleti jog (= közjegyző vagy a teljes körű gondoskodással meghatalmazott képviseleti jogköre)
  - megfelelő esetben számlanyilatkozat

**Egy és ugyanazon személyi gondozó számára a szállítási engedély ugyanabban a szállítási időtartamban (naptári hónap) több telephelyen (esetleg két különböző helyszínen két különböző ápolásra szoruló) nem lehetséges!**

| <b>A 1-es gondozó adatai:</b>                   |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| Családnév/vezetéknév:                           | Utónév:   | osztrák VSNR (születési dátum): |
| Állampolgárság:                                 | Az gondozási viszony kezdete:   |                                 |
| Képzettség:<br>(igazolásként másolat csatolása) | Elméleti képzés, ami alapvetően megfelel az otthoni gondozást végző szociális gondozókkal /gondozónőkkel szemben támasztott követelményeknek:<br><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem<br>Az ápolási illetve orvosi tevékenységekre vonatkozó felhatalmazást orvos / orvosnő vagy diplomás ápoló állította ki:<br><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem |                                 |
| A közvetítő egy ügynökség:                      |   |                                 |

| <b>A 2-es gondozó adatai:</b>                   |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| Családnév/vezetéknév:                           | Utónév:   | osztrák VSNR (születési dátum): |
| Állampolgárság:                                 | Az gondozási viszony kezdete:   |                                 |
| Képzettség:<br>(igazolásként másolat csatolása) | Elméleti képzés, ami alapvetően megfelel az otthoni gondozást végző szociális gondozókkal /gondozónőkkel szemben támasztott követelményeknek:<br><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem<br>Az ápolási illetve orvosi tevékenységekre vonatkozó felhatalmazást orvos / orvosnő vagy diplomás ápoló állította ki:<br><input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem |                                 |
| A közvetítő egy ügynökség:                      |   |                                 |

Ha az ápolásra szoruló személyre a 3. vagy 4. fokozatú ápolási díj vonatkozik, akkor a 24 órás ápolás szükségességét a Szociális Minisztérium Szolgáltatója (Sozialministeriumservice) külön határozza meg.

A döntés az utoljára megállapított ápolási díj jóváírás alapján történik.

Ön azzal tud hozzájárulni a gyorsabb ügyintézéshez, ha a kérvényéhez csatolja az ápolási díj kérelemmel kapcsolatos utoljára megállapított jóváírást.

**Az 1-es gondozó nyilatkozata:**

Ezúton kijelentem, hogy

.....  
(a gondozó dolgozó neve)

.....  
(a gondozó ausztriai címe)

- az ipari-gazdasági társadalombiztosítás GSVG 2 § 1 Z 1 bek. szerinti kötelező biztosítottja vagyok
- egy másik társadalombiztosítási szervnél vagyok biztosított a társadalombiztosítási szerv megnevezése

A havi befolyó jövedelmem            € .

A 24 órás ápolás értelmében az ápolás kizárólag a fent nevezett            ápolásra szoruló személy számára lehet alkalmazni.

Ezúton hozzájárulásom adom ahhoz, hogy a Szociális Minisztérium Szolgáltatója (Sozialministeriumservice) a kérelem elintézéshez és a támogatási feltételek ellenőrzéséhez feltétlenül szükséges adatokat bekérje, és azokat továbbítsa a társadalombiztosítási szervnek.

.....  
(hely, dátum)

.....  
(a gondozó aláírása)

**Az 2-es gondozó nyilatkozata:**

Ezúton kijelentem, hogy

.....  
(a gondozó dolgozó neve)

.....  
(a gondozó ausztriai címe)

- az ipari-gazdasági társadalombiztosítás GSVG 2 § 1 Z 1 bek. szerinti kötelező biztosítottja vagyok
- egy másik társadalombiztosítási szervnél vagyok biztosított a társadalombiztosítási szerv megnevezése

A havi befolyó jövedelmem            € .

A 24 órás ápolás értelmében az ápolás kizárólag a fent nevezett            ápolásra szoruló személy számára lehet alkalmazni.

Ezúton hozzájárulásom adom ahhoz, hogy a Szociális Minisztérium Szolgáltatója (Sozialministeriumservice) a kérelem elintézéshez és a támogatási feltételek ellenőrzéséhez feltétlenül szükséges adatokat bekérje, és azokat továbbítsa a társadalombiztosítási szervnek.

.....  
(hely, dátum)

.....  
(a gondozó aláírása)



## Kérelem benyújtása

Az anyagi hozzájárulás engedélyezésére vonatkozó kérelmeket lehetőség szerint az ápolási viszony kezdete **előtt** illetve a viszony keletkezési **időpontjával közel egy időben** kell benyújtani.

A kérvény akkor tekinthető az ápolási viszony kezdetével közel egyidejűnek, ha legkésőbb abban a hónapban nyújtják be, amikor az ápolási viszony is kezdődik.

A később benyújtott kérvények esetében a juttatás legkorábban a kérelem benyújtási hónapjának a kezdetével lehetséges.

Kérem, továbbítsa a kérvényét az ÖN szövetségi tartományában működő szociális minisztériumi szolgáltató tartományi irodájának (Landesstelle des Sozialministeriumservice):

### **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 egész Ausztriában 05 99 88**