

An das
Sozialministeriumservice
Landesstelle

Eingangsstempel

Betrifft: Zuschuss zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung

- Wechsel einer selbständigen Betreuungskraft oder / und
 Betreuung durch eine zusätzliche selbständige Betreuungskraft

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen

Daten des pflegebedürftigen Person

Familienname/Nachname:	Vorname:	VSNR (Geburtsdatum):
Anschrift:		Telefonnummer:
Kontaktperson:		Telefonnummer:
Pflegegeldstufe <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		

Daten des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

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

Familienname/Nachname:	Vorname:	VSNR (Geburtsdatum):
Anschrift:		Telefonnummer:
E-Mail:		
Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person		
gesetzliche/r Vertreter/in oder Sachwalter/in:		<input type="checkbox"/> ja, seit
Vertretungsbevollmächtigte/r		<input type="checkbox"/> ja

Nur auszufüllen bei Wechsel der Betreuungskraft

Daten der bisherigen selbständigen Betreuungskraft:		
Familienname/Nachname:	Vorname:	österreichische VSNR (Geburtsdatum):
Lösung des Betreuungsverhältnisses mit Wirkung vom		

An deren Stelle übernimmt folgende selbständige Betreuungskraft die Betreuung:		
Familienname/Nachname:	Vorname:	österreichische VSNR (Geburtsdatum):
Staatsangehörigkeit:	Beginn des Betreuungsverhältnisses:	
Qualifikation: (Nachweise in Kopie anschließen)	Eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbildung eines Heimhelfers / einer Heimhelferin entspricht, liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Befugnis zu pflegerischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten wurde durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal erteilt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Vermittlung erfolgt durch die Agentur:		

Nur auszufüllen bei Vertragsabschluss mit einer zusätzlichen Betreuungskraft!

Daten der zusätzlichen Betreuungskraft:		
Familienname/Nachname:	Vorname:	österreichische VSNR (Geburtsdatum):
Staatsangehörigkeit:	Beginn des Betreuungsverhältnisses:	
Qualifikation: (Nachweise in Kopie anschließen)	Eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbildung eines Heimhelfers / einer Heimhelferin entspricht, liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Die Befugnis zu pflegerischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten wurde durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal erteilt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Vermittlung erfolgt durch die Agentur:		

Voraussetzungen und Erklärungen

- 1) Ich nehme außerdem zur Kenntnis, dass
 - a) auf Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds kein Rechtsanspruch besteht;
 - b) Personen, die eine Pflegekarenz oder eine Pfl egeteilzeit vereinbart haben, für die vereinbarte Dauer keine Förderung einer 24-Stunden-Betreuung beziehen können.
- 2) Ich erkläre hiermit verbindlich, dass meine Angaben wahr und vollständig sind und **erkläre** weiters, dass hinsichtlich des **neuen** Betreuungsverhältnisses
 - a) eine **Betreuung im Sinne des § 1 Abs. 1 Hausbetreuungsgesetz** 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) **im Falle der Beschäftigung von 2 Betreuungskräften** 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.
- 3) Sofern kein Ausbildungsnachweis oder eine fachspezifische Ermächtigung zu pflegerischen oder ärztlichen Tätigkeiten der Betreuungskraft / der Betreuungskräfte vorliegt, ersuche ich um Gewährung der Förderung als Vorschuss.
Ich erkläre mich bereit, einen Hausbesuch durch eine diplomierte Fachkraft innerhalb der nächsten Monate durchführen zu lassen.
- 4) Ich ermächtige das Sozialministeriumservice, die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu überprüfen.

(Ort, Datum)

Unterschrift der pflegebedürftigen Person
bzw. der gesetzlichen Vertretung

Ist der Zuschusswerber / die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person

(Ort, Datum)

Unterschrift des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

- 5) Ich bin damit einverstanden, dass das Sozialministeriumservice den Trägern der Sozialhilfe die unbedingt notwendigen Daten (Name, Adresse, Versicherungsnummer, Telefonnummer) zum Zweck einer möglichst ökonomischen Verwaltungsabwicklung sowie im Hinblick auf die finanzielle Abrechnung übermittelt.

----- (Ort, Datum)	----- Unterschrift der pflegebedürftigen Person bzw. der gesetzlichen Vertretung
Ist der Zuschusswerber / die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person	

----- (Ort, Datum)	----- Unterschrift des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin
-----------------------	--

Erklärung für die neue Betreuungskraft – Seite 5 – liegt bei.

Folgende Unterlagen sind dem Antrag **in Kopie** anzuschließen bzw. nachzureichen:

- österreichischer Meldezettel der Betreuungsperson(en)
- Gewerbeschein oder Gewerberegisterauszug der Betreuungsperson(en)
- Bestätigung der Anmeldung der Betreuungsperson(en) beim Sozialversicherungsträger (Pflichtversicherung = Vollversicherung auf Grund eines Gewerbescheines gemäß § 2 Abs.1 Z 1 GSVG und keine Ausnahme gemäß § 4 Abs. 1 Z 7 GSVG beantragt)
- oder
- bei einer Betreuungskraft aus einem anderen EU-Mitgliedstaat ein Nachweis über die
 - Sozialversicherung in diesem EU-Staat (insbesondere Formular A 1 / E 101)
 - Einsatzzeit der Betreuungskraft von mindestens 48 Stunden pro Woche
- zutreffendenfalls Ausbildungsnachweis oder fachspezifische Ermächtigung der Betreuungsperson(en) durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal
- die von der Betreuungskraft ausgefüllt und unterschriebene Erklärung

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 Sozialministeriumservice die für die Erledigung des Ansuchens und die zur Überprüfung der Fördervoraussetzungen unerlässlichen Daten einholt und an die Sozialversicherungsträger übermittelt.

.....
(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.

Ein Antrag ist dann noch in zeitlicher Nähe zum Beginn des Betreuungsverhältnisses eingebracht, wenn er spätestens in dem Monat einlangt, der auf den Beginn des Betreuungsverhältnisses folgt.

Bei später einlangenden Anträgen ist eine Förderung frühestens mit Beginn des Monats vor der Antragstellung möglich.

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

Landesstelle Burgenland

Neusiedler Straße 46
7000 Eisenstadt
Tel. 02682 / 64 046

Landesstelle Kärnten

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

Landesstelle Niederösterreich

Standort Wien
Babenbergerstraße 5
1010 Wien
Tel. 01 / 588 31

Landesstelle Oberösterreich

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

Landesstelle Salzburg

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

Landesstelle Steiermark

Babenbergerstraße 35
8020 Graz
Tel. 0316 / 70 90

Landesstelle Tirol

Herzog Friedrichstraße 3
6010 Innsbruck
Tel. 0512 / 56 31 01

Landesstelle Vorarlberg

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

Landesstelle Wien

Babenbergerstraße 5
1010 Wien
Tel. 01 / 588 31

Telefon österreichweit 05 99 88