

An das  
Sozialministeriumservice  
Zentrale Poststelle  
Babenbergerstraße 5  
1010 Wien

Eingangsstempel

## ANSUCHEN

auf Gewährung eines Zuschusses zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung gemäß § 21b des  
Bundespflegegeldgesetzes

SELBSTÄNDIGE BETREUUNGSKRAFT

UNSELBSTÄNDIGE BETREUUNGSKRAFT

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen

Daten der pflegebedürftigen Person		
Familienname/Nachname:	Vorname:	VSNR (Geburtsdatum):
Anschrift:		Telefonnummer:
Kontaktperson:		Telefonnummer:
Daten der einschreitenden Person Nur auszufüllen, wenn die einschreitende Person nicht die pflegebedürftige Person ist		
Familienname/Nachname:	Vorname:	VSNR (Geburtsdatum):
Anschrift:		Telefonnummer:
E-Mail:		
Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person		
Gesetzliche Erwachsenenvertretung		<input type="checkbox"/> ja
Gewählte Erwachsenenvertretung, Gerichtliche Erwachsenenvertretung oder Vertretungsvollmacht		<input type="checkbox"/> ja (bitte um Anschluss des Nach- weises über Art und Umfang des Vertretungsverhältnisses)

Die pflegebedürftige Person bezieht ein Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz in Höhe der Stufe			<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	
Wurde im Falle der Inanspruchnahme von zwei Betreuungskräften für den Zuwendungszeitraum eine begünstigte sozialversicherungsrechtliche Absicherung pflegender Angehöriger im Sinne der §§ 18b bzw. 77 Abs.6 ASVG oder 33 Abs.9 GSVG oder 28 Abs.6 BSVG in Anspruch genommen?							<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Nur auszufüllen, wenn die vorstehende Frage mit ja beantwortet wurde</b>								
<b>Daten des pflegenden Angehörigen/der pflegenden Angehörigen</b>								
Familienname/Nachname:			Vorname:			VSNR (Geburtsdatum):		
Anschrift:						Telefonnummer:		
<b>Einkommen der pflegebedürftigen Person</b>								
Das monatliche Netto-Einkommen beträgt: € (Als Einkommen gilt grundsätzlich jede regelmäßig zufließende Geldleistung. Nicht zum Einkommen zählen Pflegegeld oder vergleichbare Leistungen auf Grund bundes- oder landesgesetzlicher Vorschriften, Sonderzahlungen, Grundrenten nach den Sozialentschädigungsgesetzen, Versehrtenrenten oder vergleichbare Leistungen, Familienbeihilfen, Studienbeihilfen, Wohnbeihilfen, Kinderbetreuungsgeld, Leistungen nach den Sozialhilfegesetzen der Länder oder vergleichbare Leistungen, Familienförderungen nach landesgesetzlichen Vorschriften).								
<b>Sorgepflichten der pflegebedürftigen Person für unterhaltsberechtignte Angehörige</b>								
<input type="checkbox"/> ja wenn ja, Anzahl und Verwandtschaftsverhältnis:								
<input type="checkbox"/> nein								

Wurde bei einer anderen Stelle (z.B. Land) eine gleichartige Förderung zur 24-Stunden-Betreuung beantragt oder zuerkannt?
<input type="checkbox"/> ja ab/seit _____ in Höhe von mtl. _____ von (Behörde, zuerkennende Stelle)
<input type="checkbox"/> nein

## ERKLÄRUNGEN

- 1) Ich nehme außerdem zur Kenntnis, dass
  - a) eine Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds nur unter den Bedingungen dieser Förderungsvereinbarung sowie der Förderungsrichtlinien zu § 21b BPGG gewährt wird und ich dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung für die Einhaltung dieser Bedingungen verantwortlich bin,
  - b) auf Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds kein Rechtsanspruch besteht;
  - c) Personen, die eine Pflegekarenz oder eine Pflegeteilzeit vereinbart haben, für die vereinbarte Dauer keine Förderung einer 24-Stunden-Betreuung beziehen können.
- 2) Ich verpflichte mich, die Zuwendung zurückzuzahlen, wenn
  - a) ich wesentliche Umstände verschwiegen oder unwahre Angaben gemacht habe,
  - b) die Zuwendung widmungswidrig verwendet wurde oder
  - c) die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung nicht oder nicht mehr möglich ist
  - d) ich die im Punkt 3a) festgelegten Melde- und Informationsverpflichtungen nicht eingehalten habe oder
  - e) sich die in Punkt 4 erstatteten Erklärungen als unzutreffend erweisen.
- 3) Ich verpflichte mich,
  - a) jederzeit die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung zu ermöglichen und alle Änderungen und sonstigen Umstände, die Auswirkungen auf die Zuwendung haben könnten, unverzüglich zu melden.  
Die Meldeverpflichtung betrifft insbesondere folgende Änderungen:
    - Schriftliche Bekanntgabe des Wechsels der Betreuungskraft/Betreuungskräfte (bitte Wechselformular verwenden)
    - Änderung der PflegegeldEinstufung
    - Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalte, die länger als 3 Monate andauern
    - Abmeldung der Betreuungskraft/Betreuungskräfte von der sozialversicherungsrechtlichen Pflichtversicherung oder vom Wohnsitz der zu betreuenden Person
    - Beendigung des Betreuungsverhältnisses (z.B. wegen Übersiedlung in ein Pflegewohnheim oder Haus für Pensionistinnen/Pensionisten)
  - b) vollständige Aufzeichnungen über die Betreuungsverhältnisse zu führen  
(Name der Betreuungskraft, SV-Nr., erster und letzter Tag deren Tätigkeit vor Ort).
- 4) Ich erkläre hiermit verbindlich, dass meine Angaben wahr und vollständig sind und erkläre weiters, dass eine Betreuung von Personen in deren Privathaushalten vorliegt, wobei die Betreuung im Rahmen einer selbständigen oder unselbständigen Erwerbstätigkeit erfolgt (siehe § 1 Abs. 1 Hausbetreuungsgesetz) sowie dass
  - a) bei Beschäftigung selbständig erwerbstätiger Betreuungskräfte  
auf Grund der selbständigen Erwerbstätigkeit der Betreuungsperson eine Pflichtversicherung nach § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG im Mindestausmaß der für das jeweilige Versicherungsjahr geltenden Mindestbeitragsgrundlage besteht und die Einsatzzeit der Betreuungskraft mindestens 48 Stunden pro Woche beträgt,
  - b) bei Beschäftigung unselbständig erwerbstätiger Betreuungskräfte  
die vereinbarte Arbeitszeit mindestens 48 Stunden pro Woche und höchstens 128 Stunden in zwei aufeinander folgenden Wochen beträgt.
- 5) 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.

- 6) Ich nehme zur Kenntnis, dass die Förderungsgewährung für ein und dieselbe Betreuungskraft innerhalb desselben Förderungszeitraumes (Kalendermonates) an mehreren Betriebsstandorten (etwa in zwei unterschiedlichen Standorten zweier unterschiedlicher Pflegebedürftiger) nicht möglich ist.
- 7) Ich ermächtige das Sozialministeriumservice, die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu überprüfen.
- 8) 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.
- 9) Ich nehme zur Kenntnis, dass für den Fall des Umzuges der pflegebedürftigen Person oder des Zuschusswerbers bzw. der Zuschusswerberin in das Ausland Wien als vereinbarter Gerichtsstand gilt.
- 10) Im Zuge der Förderungsabwicklung werden die in § 21b Abs. 7 Bundespflegegeldgesetz angeführten Datenarten verarbeitet. Die Zuschussgewährung setzt eine Pflegebedürftigkeit voraus. Die entsprechenden Gesundheitsdaten gehören zu den besonderen Kategorien personenbezogener Daten im Sinne der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Ich nehme zur Kenntnis, dass die Verarbeitung der im und mit dem Ansuchen angegebenen Daten zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen oder bei Handlungen der Gerichte im Rahmen ihrer justiziellen Tätigkeit erforderlich sind und auf der Grundlage des Unionsrechts und des nationalen Rechts, das in angemessenem Verhältnis zu dem verfolgten Ziel steht, den Wesensgehalt des Rechts auf Datenschutz wahrt und angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Grundrechte und Interessen der betroffenen Person vorsieht, aus Gründen eines erheblichen öffentlichen Interesses erforderlich ist und daher die Verarbeitung insbesondere gemäß Art. 9 Abs 2 lit f) und g) DSGVO zulässig ist.
- 11) Ich nehme zur Kenntnis, dass die Förderung im Wege einer Förderungsvereinbarung gewährt wird. Das Sozialministeriumservice ist Abwicklungsstelle, im Falle einer positiven Entscheidung ist der Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung Förderungsgeber. Die angeschlossenen Förderungsrichtlinien bilden einen integrierenden Bestandteil der Förderungsvereinbarung.

Der Zuschusswerber / Die Zuschusswerberin ist:

die pflegebedürftige Person, die im eigenen Namen auftritt

die pflegebedürftige Person, die rechtmäßig vertreten wird durch:

.....

(Vertretungsverhältnis gemäß Seite 1 des Ansuchens)

die einschreitende Person (gemäß Seite 1 des Ansuchens)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Unterschrift des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

**Daten der Betreuungskraft 1:**

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:		

**Erklärung der Betreuungskraft 1:**

Hiermit erkläre ich,

.....  
(Name der Betreuungskraft)

.....  
(Adresse der Betreuungskraft in Österreich)

- bei der Sozialversicherung der Selbständigen gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG pflichtversichert zu sein
- bei einem sonstigen Sozialversicherungsträger versichert zu sein  
Bezeichnung des Versicherungsträgers

Die monatlichen Beiträge belaufen sich auf € .....

- die Betreuung im Sinne der 24-Stunden-Betreuung ausschließlich für die oben genannte pflegebedürftige Person zu übernehmen.

Die Betreuungsleistungen sind Gegenstand eines Förderungsvertrages gemäß § 21b Bundespflegegeldgesetz. Im Zuge der Förderungsabwicklung müssen insbesondere bei Überprüfung der Förderungsvoraussetzungen die in § 21b Abs. 7 Bundespflegegeldgesetz angeführten Datenarten und somit auch Daten betreffend die Personenbetreuungskraft verarbeitet werden. Ich nehme die gesetzlichen Ermächtigungen gemäß § 21b Bundespflegegeldgesetz zur Kenntnis und weiters zur Kenntnis, dass die Verarbeitung meiner in der Erklärung angegebenen Daten für die Wahrnehmung einer Aufgabe im öffentlichen Interesse und zur Wahrung der berechtigten Interessen des Förderungsgebers und des Sozialministeriumservice als Abwicklungsstelle erforderlich ist.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift der Betreuungskraft)

**Daten der Betreuungskraft 2:**

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:		

**Erklärung der Betreuungskraft 2:**

Hiermit erkläre ich,

.....  
(Name der Betreuungskraft)

.....  
(Adresse der Betreuungskraft in Österreich)

- bei der Sozialversicherung der Selbständigen gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG pflichtversichert zu sein
- bei einem sonstigen Sozialversicherungsträger versichert zu sein
- Bezeichnung des Versicherungsträgers

Die monatlichen Beiträge belaufen sich auf € .....

- die Betreuung im Sinne der 24-Stunden-Betreuung ausschließlich für die oben genannte pflegebedürftige Person zu übernehmen.

Die Betreuungsleistungen sind Gegenstand eines Förderungsvertrages gemäß § 21b Bundespflegegeldgesetz. Im Zuge der Förderungsabwicklung müssen insbesondere bei Überprüfung der Förderungsvoraussetzungen die in § 21b Abs. 7 Bundespflegegeldgesetz angeführten Datenarten und somit auch Daten betreffend die Personenbetreuungskraft verarbeitet werden. Ich nehme die gesetzlichen Ermächtigungen gemäß § 21b Bundespflegegeldgesetz zur Kenntnis und weiters zur Kenntnis, dass die Verarbeitung meiner in der Erklärung angegebenen Daten für die Wahrnehmung einer Aufgabe im öffentlichen Interesse und zur Wahrung der berechtigten Interessen des Förderungsgebers und des Sozialministeriumservice als Abwicklungsstelle erforderlich ist.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift der Betreuungskraft)

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

- Nachweis über das Einkommen der pflegebedürftigen Person
- Nachweise über allfällige Unterhaltsverpflichtungen der pflegebedürftigen Person
- bei einer Betreuungskraft aus einem anderen EU-Mitgliedstaat ein Nachweis über die
  - allenfalls bestehende Sozialversicherung in diesem EU-Staat (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
- zutreffendenfalls Nachweis über die Art und Umfang des Vertretungsverhältnisses für die pflegebedürftige Person

*Sie können zu einem rascheren Verfahrensablauf beitragen, indem Sie dem Ansuchen das zuletzt erstellte Gutachten über den Pflegegeldanspruch anschließen.*

## **Ansuchenstellung**

Das Ansuchen ist in zeitlicher Nähe zur Begründung des Betreuungsverhältnisses einzubringen. Das Ansuchen ist in zeitlicher Nähe zum Beginn des Betreuungsverhältnisses eingebracht, wenn es spätestens in dem Monat einlangt, das auf den Beginn des Betreuungsverhältnisses folgt. Bei später einlangenden Ansuchen ist eine Förderung frühestens mit Beginn des Monats vor der Antragstellung möglich.

Bitte übermitteln Sie Ihr Ansuchen an folgende Anschrift:

Sozialministeriumservice  
Zentrale Poststelle  
Babenbergerstraße 5  
1010 Wien

Für Auskünfte steht Ihnen die in Ihrem Bundesland eingerichtete Landesstelle des Sozialministeriumservice gerne zur Verfügung.

### **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 österreichweit 05 99 88**

## KONTOERKLÄRUNG

<b>24 Stunden-Betreuung</b>	<b>Pflegegeldbezieher / Pflegegeldbezieherin:</b>
	<b>Versicherungsnummer:</b>

<b>Daten des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin</b>	
Name	
SVNR / Geb.Datum	
Anschrift	

Kreditinstitut	
<b>BIC *</b>	
<b>IBAN *</b>	

\* Die Angabe von BIC und IBAN ist für eine rasche Verarbeitung der Kontodaten unbedingt erforderlich

Ich beantrage hiermit, die mir vom Sozialministeriumservice gewährte Förderung bis auf weiteres auf das oben angeführte Konto zu überweisen.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass im Falle meines Ablebens alle diesem Konto nach dem Todestage gutgebrachten Geldleistungen des Sozialministeriumservice auf das Postscheckkonto des Unterstützungsfonds rücküberwiesen werden.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Unterschrift des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin  
bzw Zeichnungsberechtigten/Zeichnungsberechtig-  
ter

Wir erklären ausdrücklich unser Einverständnis, im Falle des Ablebens des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin alle diesem Konto nach dem Todestage gutgebrachten Geldleistungen aus dem Unterstützungsfonds auf das Konto des Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung IBAN: AT76 6000 0000 0600 0949 rückzuüberweisen. Wir nehmen zur Kenntnis, dass derartige Beträge kein in den Nachlass fallendes Guthaben darstellen.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Stempel und Unterschriften der Kreditunternehmung

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die Überweisung laufender Zahlungen auf das angegebene Konto erst nach Vorlage einer von Ihrem Kreditinstitut unterfertigten Kontoerklärung erfolgen kann.