

An

- die Bezirkshauptmannschaft \_\_\_\_\_
- den Magistrat Graz

Eingangsstempel

## Kostenzuschuss zur mobilen Pflege gem. § 9 SHG – Antrag

Einen Anspruch auf einen Kostenzuschuss zur mobilen Pflege haben jene Personen, die ihren Lebensbedarf auf Grund ihrer Pflege oder Betreuungsbedürftigkeit sonst nicht in zumutbarer Weise ausreichend decken können.

<b>Bitte beachten Sie:</b>	<b>* Angabe(n) erforderlich</b>	<b>i Information zum Ausfüllen</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Zutreffendes bitte ankreuzen</b>
----------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---

### 1. Antrag auf Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfs

Ich beantrage Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfs in Form eines Kostenzuschusses zur mobilen Pflege

Name der Betreuungsagentur \* \_\_\_\_\_

Straße \* \_\_\_\_\_ Hausnummer/Tür \* \_\_\_\_\_

Postleitzahl \* \_\_\_\_\_ Ort \* \_\_\_\_\_

ab (tt.mm.jjjj) \* i \_\_\_\_\_ bis (tt.mm.jjjj) i \_\_\_\_\_

**i** **ab:** Gewährung erst ab Antragsdatum möglich  
**bis:** bei befristeter Betreuungsdauer

#### 1.1 Antragsteller/in

Familienname \* \_\_\_\_\_ akad. Grad \_\_\_\_\_

frühere/r Familienname/n i \_\_\_\_\_

Vorname/n \* \_\_\_\_\_ Geschlecht \*  männlich  weiblich

Geburtsdatum \* \_\_\_\_\_ Geburtsort \* \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \* \_\_\_\_\_ SV-Nummer \* \_\_\_\_\_

Aufenthaltstitel i \_\_\_\_\_ Aufenthaltsdauer \_\_\_\_\_

Straße \* \_\_\_\_\_ Hausnummer/Tür \* \_\_\_\_\_

Postleitzahl \* \_\_\_\_\_ Ort \* \_\_\_\_\_

Telefon \* \_\_\_\_\_ E-Mail\* \_\_\_\_\_

Familienstand *	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> getrennt lebend
	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft	<input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft seit (tt.mm.jjjj)	_____
Krankenversicherung *	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Krankenkasse	_____
	<input type="checkbox"/> selbst-versichert	<input type="checkbox"/>	mitversichert bei	_____

**Frühere/r Familienname/n:** Wenn zutreffend, dann ausfüllen.

**i** Wenn Nicht-Österreicher/in: Art des **Aufenthaltstitels** und bei Befristung **Dauer** der Gültigkeit des Aufenthaltstitels anführen sowie Nachweis der Haftungserklärung nach dem Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG) beilegen

## 2. Vertretungen und Angehörige

### 2.1 Gerichtliche/r Erwachsenenvertreter/in / Sachwalterschaft

<b>Gerichtliche/r Erwachsenenvertreter/in bzw. Sachwalter/in</b> *	<b>i</b> <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Verfahren anhängig	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Bezirksgericht	_____	
Bestellungsdatum	_____	
Familienname	_____	
Vorname/n	_____ akad. Grad	_____
Telefon	_____ E-Mail	_____
Straße	_____ Hausnummer/Tür	_____
Postleitzahl	_____ Ort	_____

**i** Bei Antwort „JA“ bitte Nachstehendes ausfüllen

### 2.2 Gesetzliche Erwachsenenvertretung / Gesetzliche Vertretung nächster Angehöriger

Vertretungsbefugnis im ÖZVV registriert *	<b>i</b> <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Registrierungsdatum (tt.mm.yyyy)	_____	
Familienname	_____	
Vorname/n	_____ akad. Grad	_____
Straße	_____ Hausnummer/Tür	_____
Postleitzahl	_____ Ort	_____
Telefon	_____ E-Mail	_____

**i** Bei Antwort „JA“ bitte Nachstehendes ausfüllen  
**ÖZVV:** Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis

### 2.3 Gewählte/r Erwachsenenvertreter/in

Vereinbarung im ÖZVV registriert	* i	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Registrierungsdatum (tt.mm.yyyy)	<input type="text"/>		
Familienname	<input type="text"/>		
Vorname/n	<input type="text"/>	akad. Grad	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Hausnummer/Tür	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

**i** Vereinbarung über die gewählte Erwachsenenvertretung im **ÖZVV** (Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis) registriert. Bei Antwort „JA“ bitte Nachstehendes ausfüllen

### 2.4 Vorsorgevollmacht

Vorsorgevollmacht errichtet	* i	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Vorsorgefall eingetreten		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Wenn ja, wann (Registrierung im ÖZVV)	i	<input type="text"/>	

**Bevollmächtigte/r**

Familienname	<input type="text"/>		
Vorname/n	<input type="text"/>	akad. Grad	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Hausnummer/Tür	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

**i** Bei Antwort „JA“ bitte Nachstehendes ausfüllen  
**ÖZVV**: Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis

### 2.5 Individuelle Vollmacht (AVG)

Vollmacht erteilt	* i	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
-------------------	-----	-----------------------------	-------------------------------

**Bevollmächtigte/r**

Familienname	<input type="text"/>		
Vorname/n	<input type="text"/>	akad. Grad	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Hausnummer/Tür	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

**i** Bei Antwort „JA“ bitte Nachstehendes ausfüllen

## 2.6 Angehörige/r

Verwandtschafts-/ Beziehungs- verhältnis * <b>i</b>	_____		
Familienname *	_____		
Vorname/n *	_____	akad. Grad	_____
Geburtsdatum *	_____	SV-Nummer * <b>i</b>	_____
Straße *	_____		Hausnummer/Tür * _____
Postleitzahl *	_____	Ort *	_____
Telefon *	_____	E-Mail	_____

**i** **Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis:** Ehegatte/Ehegattin, Kind etc.  
**Sozialversicherungsnummer:** Diese ist nur beim Ehegatten/Ehegattin beim eingetragenen Partner/bei der eingetragenen Partnerin anzugeben

## 2.7 Sonstige Kontaktperson des/der Antragsteller/in (Pflegebedürftigen)

Familienname *	_____		
Vorname/n *	_____	akad. Grad	_____
Straße *	_____		Hausnummer/Tür * _____
Postleitzahl *	_____	Ort *	_____
Telefon *	_____	E-Mail	_____

## 3. Nettoeinkommen (ohne Pflegegeld) \*

Pensions-/ Rentenleistungen **i**     JA     NEIN

mtl. €	_____	auszahlende Stelle	_____
mtl. €	_____	auszahlende Stelle	_____
mtl. €	_____	auszahlende Stelle	_____
mtl. €	_____	auszahlende Stelle	_____
mtl. €	_____	auszahlende Stelle	_____

Pension beantragt     JA     NEIN    am (tt.mm.jjjj) \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Leistungen des AMS     JA     NEIN    tgl. € \_\_\_\_\_

auszahlende Stelle \_\_\_\_\_

Krankengeld	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	tgl.	€	<input type="text"/>	<input type="text"/>
auszahlende Stelle	<input type="text"/>					
titulierter Unterhalt	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl.	€	<input type="text"/>	
Gerichtsbeschluss/-urteil vom (tt.mm.jjjj)			Bezirksgericht u. GZ		<input type="text"/>	
Verpflichtete/r	<input type="text"/>					
Unterhaltsleistung vom im Haushalt lebenden Ehegatten/-gattin/Partner/in (bei Verpartnerung)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl.	€	<input type="text"/>	
Verpflichtete/r	<input type="text"/>					
Einkommen des Ehegatten/Ehegatten/ (Partner/Partnerin (bei Verpartnerung)				mtl.	€	<input type="text"/>
Einnahmen aus Vermietung/ Verpachtung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl.	€	<input type="text"/>	
Leibrente	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl.	€	<input type="text"/>	Verpflichtete/r <input type="text"/>
Vertrag vom (tt.mm.jjjj)	<input type="text"/>					
Einkünfte aus Kapital- vermögen <sup>i</sup>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> vj. <input type="checkbox"/> halbj. <input type="checkbox"/> jährl.	€	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> vj. <input type="checkbox"/> halbj. <input type="checkbox"/> jährl. € <input type="text"/>
sonstige Einkünfte <sup>i</sup>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> vj. <input type="checkbox"/> halbj. <input type="checkbox"/> jährl.	€	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> vj. <input type="checkbox"/> halbj. <input type="checkbox"/> jährl. € <input type="text"/>
sonstige vertragliche Leistungen <sup>i</sup>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Art		<input type="text"/>	
			<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> vj. <input type="checkbox"/> halbj. <input type="checkbox"/> jährl.		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> vj. <input type="checkbox"/> halbj. <input type="checkbox"/> jährl. € <input type="text"/>

**Einkommen gemäß § 1 StSHG-DVO,**  
**Pensions-/Renteleistungen, Ruhe-/Versorgungs-/Auslagenbezüge** in- und/oder ausländische Pensions- und Rentenleistungen, Bezüge aus einer in- oder/und ausländischen gesetzlichen Kranken- oder Unfallversicherung, aus in- oder/und ausländischen Pensionskassen, Zuwendungen von Privatstiftungen, soweit sie als Bezüge anzusehen sind, Bezüge und Vorteile aus Unterstützungskassen/Unterstützungseinrichtungen, Rückzahlungen von Pflichtbeiträgen)  
**Leistungen des Arbeitsmarktservice:** Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss, Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes  
**Unterhalt:** Sämtliche vollstreckbaren titulierten Unterhaltsansprüche (z. B. aus einem Scheidungsbeschluss oder aus einem Urteil, auch wenn die Scheidung schon länger zurückliegen sollte; gerichtlich festgelegte Unterhaltsansprüche von Eltern gegen ihre Kinder usw.) – unabhängig von der Person des Unterhaltsverpflichteten – sind anzuführen, auch wenn bislang kein Unterhalt bezogen wurde.  
<sup>i</sup> **Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung:** auch Einnahmen aus Fruchtgenuss  
**Einkünfte aus Kapitalvermögen:** Einkünfte aus der Überlassung von Kapital (z. B. Gewinnanteile und sonstige Bezüge aus Aktien oder aus Gesellschaftsanteilen, Zinsen und andere Erträge aus Kapitalforderungen, bspw. aus Darlehen, Anleihen, Hypotheken, Guthaben bei Kreditinstituten, Boni, Kupons)  
**Sonstige Einkünfte:** Darunter fallen z. B. Funktionsgebühren („Funktionärsbezüge“)  
**Sonstige vertragliche Leistungen:** z. B. Medikamentenkosten  
**Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft**  
**Einkünfte aus Gewerbebetrieb**

#### 4. Förderungen und sonstige Beihilfen \*

inländisches Pflegegeld <sup>i</sup>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl. €	<input type="text"/>	Stufe	<input type="text"/>
auszahlende Stelle	<input type="text"/>					
Pflegegeld(erhöhung) beantragt am (tt.mm.jjjj)	<input type="text"/>					
ausländisches Pflegegeld	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl. €	<input type="text"/>		
auszahlende Stelle	<input type="text"/>					
Familienbeihilfe	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl. €	<input type="text"/>		erhöhte Familienbeihilfe <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
auszahlende Stelle	<input type="text"/>					
Behindertenhilfe	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl. €	<input type="text"/>		
auszahlende Stelle	<input type="text"/>					
Förderung 24-Stunden-Betreuung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl. €	<input type="text"/>		
auszahlende Stelle	<input type="text"/>					
Wohnunterstützung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl. €	<input type="text"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl. €	<input type="text"/>		Art <input type="text"/>
auszahlende Stelle	<input type="text"/>					
<b>i Pflegegeld(erhöhung) beantragt am:</b> Dieses Feld ist nur auszufüllen, wenn Pflegegeld oder eine Erhöhung desselbigen bereits beantragt wurden, die Entscheidung der Behörde jedoch noch ausständig ist.						

#### 5. Unterhaltspflicht gegenüber Dritten \*

Unterhalt	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl. €	<input type="text"/>	Empfänger/in	<input type="text"/>
Gerichtsbeschluss/-urteil/ Vergleich vom	<input type="text"/>		Bezirksgericht u. GZ	<input type="text"/>		

## 6. Vermögen \*

Bargeld	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	€	_____
(Spar-) Kontenguthaben	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		
Bankinstitut	_____		€	_____ IBAN _____
Bankinstitut	_____		€	_____ IBAN _____
Bankinstitut	_____		€	_____ IBAN _____
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	€	_____
Bausparkasse	_____		Vertragsnr.	_____
Sparbuchguthaben	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	€	_____ Bankinstitut _____
Verwahrung der Sparbücher durch	_____			
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Polizzen-Nummer	_____
Versicherungsgesellschaft	_____			
Ablebensversicherung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Polizzen-Nummer	_____
Versicherungsgesellschaft	_____			
Haus/Grundstück	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Adresse	_____
Katastralgemeinde	_____		Einlagezahl	_____
Eigentumswohnung in	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Adresse	_____
Katastralgemeinde	_____		Einlagezahl	_____
Wohnrecht	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Verpflichtete/r	_____
Ausgedinge	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Verpflichtete/r	_____
Fahrzeug/e	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Marke/n und Baujahr/e	_____
sonstiges Vermögen <sup>i</sup>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	€	_____

**i** falls zutreffend: Bitte Nachstehendes ausfüllen.

\* **sonstige Vermögenswerte:** z. B. Wertpapiere

### 7. Angaben für ein allfälliges Rückersatzverfahren \*

- betreffend Verpflichtete aus Unterhaltstiteln;
- betreffend Geschenknehmerinnen/Geschenknehmer;
- betreffend Dritte, gegen die Hilfeempfängerin/der Hilfeempfänger Rechtsansprüche oder Forderungen hat (z. B. Ansprüche aus Leibrentenverträgen oder Übergabsverträgen – in diesen Fällen können auch Angehörige, wie z. B. Kinder, betroffen sein!)

**Gab es innerhalb der letzten fünf Jahre vor, während oder nach Beginn der Hilfeleistung eine Schenkung oder Übertragung von Vermögen ohne entsprechende Gegenleistung?**

JA  NEIN

Datum (tt.mm.yyyy) \_\_\_\_\_

Höhe € \_\_\_\_\_

### Ersatzpflichtige Person **i**

Familienname \_\_\_\_\_

Vorname/n \_\_\_\_\_ akad. Grad \_\_\_\_\_

Verwandtschafts-  
/Beziehungsverhältnis \_\_\_\_\_ Geschlecht  männlich  weiblich

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer/Tür \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**i** Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; aus Übergabsverträgen; Geschenknehmerinnen/Geschenknehmer; Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat

### weitere ersatzpflichtige Person **i**

Familienname \_\_\_\_\_

Vorname/n \_\_\_\_\_ akad. Grad \_\_\_\_\_

Verwandtschafts-  
/Beziehungsverhältnis \_\_\_\_\_ Geschlecht  männlich  weiblich

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer/Tür \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**i** Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; aus Übergabsverträgen; Geschenknehmerinnen/Geschenknehmer; Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat

### weitere ersatzpflichtige Person **i**

Familienname \_\_\_\_\_

Vorname/n \_\_\_\_\_ akad. Grad \_\_\_\_\_

Verwandtschafts-  
/Beziehungsverhältnis \_\_\_\_\_ Geschlecht  männlich  weiblich

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer/Tür \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**i** Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; aus Übergabsverträgen; Geschenknehmerinnen/Geschenknehmer; Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat



### 8. Kosten der mobilen Pflege

<input type="checkbox"/>	24-Stunden-Betreuung	mtl.	€	_____		
<input type="checkbox"/>	einmalige Kosten	mtl.	€	_____	Art der Kosten	_____
<input type="checkbox"/>	Fahrtkosten	mtl.	€	_____		
<input type="checkbox"/>	Kost und Logis	<b>i</b>	mtl.	€	_____	
<input type="checkbox"/>	sonstige Kosten	mtl.	€	_____	Art der Kosten	_____
<b>i</b>	Aufwendungen für Kost und Logis werden bis zur Höhe des vom Bundesministerium für Finanzen festgelegten Betrags für die steuerliche Absetzbarkeit der Kosten für Unterkunft und Verpflegung des Betreuungs-/Pflegepersonals (siehe Beilage) berücksichtigt.					
<input type="checkbox"/>	Mobile Hauskrankenpflege					
	DGKP	Stunden pro Monat	_____	mtl.	€	_____
	Pflegeassistent	Stunden pro Monat	_____	mtl.	€	_____
	Heimhilfe	Stunden pro Monat	_____	mtl.	€	_____
<input type="checkbox"/>	Betreutes Wohnen	mtl.	€	_____		
<input type="checkbox"/>	Tagesbetreuung	mtl.	€	_____		
<input type="checkbox"/>	Sonstige	mtl.	€	_____	Art der Kosten	_____

### 9. Wohnkosten

<input type="checkbox"/>	Miete	mtl.	€	_____		
<input type="checkbox"/>	Wohnbau- bzw. Wohnbauförderungs-darlehen	mtl.	€	_____	halbj.	€ _____
<input type="checkbox"/>	Betriebskosten	mtl.	€	_____		
<input type="checkbox"/>	Heizung	<b>i</b>	mtl.	€	_____	
<input type="checkbox"/>	Strom	mtl.	€	_____		
<input type="checkbox"/>	Sonstige Kosten	mtl.	€	_____	Art der Kosten	_____

## 10. Beilagen: Folgende Unterlagen sind von der antragstellenden Person in Kopie anzuschließen

- Einkommensnachweise zumindest der letzten zwölf Monate (z. B. AMS-Bestätigung, Pensionsmitteilung, Rentennachweis, Unfallrente, private Pensionsvorsorge, Beschluss über Unterhaltsanspruch, Krankengeld, Mieteinnahmen, Pflegegeldbezüge, Nachweis über Leibrente, Vorlage von Kontoauszügen)
  - Nachweis über Steuergutschriften
  - bei Einkünften aus selbstständiger Arbeit, Einkünften aus Vermietung/Verpachtung sowie Kapitalerträgen: Einkommenssteuerbescheid der letzten drei Wirtschaftsjahre
  - Nachweise für Einkünfte aus Kapitalvermögen und sonstigen Einkünften (z. B. (Zins)Einnahmen aus Wertpapieren, Fondsanlagen, Sparbücher oder Sparbuchauszüge, Lebensversicherung, Wertpapiere, Aktien, Begräbniskostenversicherung)
  - Vermögensnachweise (z. B. Kontoauszüge, Bausparvertrag, Sparbücher, Lebensversicherung, Wertpapiere)
  - Verträge im Zusammenhang mit der 24-Stunden-Betreuung (Vermittlung über Agentur, Werkvertrag/Werkverträge über Leistungen in der Personenbetreuung, Dienstvertrag)
  - Grundbuchsauszüge der Liegenschaften / Immobilien
  - Leibrenten- / Übergabs- / Schenkungsverträge
  - Zulassungs- bzw. Typenscheine (falls die antragstellende Person im Besitz eines Fahrzeuges ist)
  - Scheidungsurteil / Vergleichsausfertigung (jeweils mit Rechtskraftvermerk)
  - Beschluss über die Bestellung des/der gerichtlichen Erwachsenenvertreters/in bzw. Sachwalterbeschluss
  - gesetzliche Erwachsenenvertretung **mit Registrierungsbestätigung im ÖZVV** bzw. Vertretungsbefugnis des/der nächsten Angehörigen **mit Registrierungsbestätigung im ÖZVV**
  - Vereinbarung über die gewählte Erwachsenenvertretung **mit Registrierungsbestätigung im ÖZVV**
  - Vorsorgevollmacht mit Registrierung ihrer **Wirksamkeit (im ÖZVV** bzw. durch einen Notar)
  - schriftliche (individuelle) Vollmacht
  - sonstige Nachweise über Förderungen / Zuschüsse / Beihilfen: z. B. Hauskrankenpflege, Wohnunterstützung, Zuschuss des Sozialministeriums betreffend 24-Stunden-Betreuung
  - sonstige Nachweise über Ausgaben: z. B. Rechnungen betreffend 24-Stunden-Betreuung, Hauskrankenpflege, Ausgaben für mobile Dienste, etc.
  - Nachweis über geleistete Unterhaltsleistungen
  - Nachweis über die Wohnkosten: z. B. Mietvertrag, Stromrechnung, z. B. Mietvorschreibung, Kontoauszüge der letzten 3 Monate, Darlehensvertrag etc.
- Wenn Nicht-Österreicher/in:**
- Haftungserklärung nach Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG)
  - Nachweis über den Aufenthaltstitel, z. B. Anmeldebescheinigung bei EWR-Bürger/-innen

## 10. Datenschutzrechtliche Bestimmungen

- \* **Ich nehme zur Kenntnis, dass** die von mir bekanntgegebenen Daten und jene Daten, die die Behörde im Zuge des Ermittlungsverfahrens erhält, auf Grund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit den diesem Verfahren zugrundeliegenden Materiengesetzen automationsunterstützt verarbeitet werden und zum Zweck der Abwicklung des von mir eingeleiteten Verfahrens, der Beurteilung des Sachverhalts, der Erteilung der Bewilligung sowie auch zum Zweck der Überprüfung verarbeitet werden  
Ich habe die allgemeinen Informationen
  - zu den mir zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit;
  - zum mir zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichische Datenschutzbehörde;

zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten auf der Datenschutz-Informationsseite (<https://datenschutz.stmk.gv.at>) oder am beigefügten Datenschutz-Informationsblatt gelesen.

## 11. Erklärung

### Ich erkläre ausdrücklich,

- dass sämtliche Informationen vollständig und wahrheitsgemäß offengelegt wurden;
- meine Zustimmung, dass der Träger der Sozialhilfe zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit, zur Gewährung, Kürzung, Einstellung von Sozialhilfeleistungen sowie zur Durchsetzung der Ersatzansprüche meine Daten über den Gesundheitszustand durch Ärzte, Pflegepersonen (z. B. medizinische Befunde und Sachverständigengutachten) und Auskünfte über meinen Gesundheitszustand durch Ärzte, durch Krankenanstalten, durch Pflege- und Betreuungspersonen, durch Schadenersatzpflichtige erhält;
- meine Zustimmung, dass der (Rest-)Kostenübernahmebescheid zum Zwecke der Pensionsteilung an den/die Pensionsversicherungsträger übermittelt werden darf;
- mein Einverständnis, dass die Behörde oder in deren Auftrag tätige Dritte (z. B. Sachverständige) in die Pflegedokumentation der mobilen Dienste Einsicht nehmen dürfen.

**Ich bevollmächtige** die Bezirkshauptmannschaft/den Magistrat Graz, eine Namensabfrage von Eigentumswerten beim Bezirksgericht, im Grundbuch, österreichweit durchzuführen.

### Ich verpflichte mich, dass

- ich Ansprüche gegen Dritte in den Grenzen des § 5 Abs. 2 SHG verfolgen werde;
- ich Änderungen der für die Leistung maßgeblichen Umstände, insbesondere der Vermögens-, Einkommens- und Familienverhältnisse unverzüglich der Behörde melden werde.

### Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Verletzung der Mitteilungspflicht Sanktionen nach sich ziehen kann. Insbesondere können falsche Angaben oder das Verschweigen maßgebender Tatsachen die Einstellung und Rückforderung der bezogenen Leistung bewirken. Außerdem kann ich in solchen Fällen eine (Verwaltungs-) Strafanzeige gegen mich erstattet werden kann (§ 32 SHG);
- ich gemäß den gesetzlichen Bestimmungen aus meinem Einkommen (Pension, Pflegegeld, Mieteinnahmen, Leibrentenvertrag, Einnahmen aus Kapitalvermögen etc.) den Aufwand der Pflege und Betreuung zu tragen habe;
- ich dem Sozialhilfeträger den Aufwand aus meinem Vermögen zu ersetzen habe und, dass gemäß § 28 SHG auch andere Personen (z. B. Erbinnen/Erben, Unterhaltsverpflichtete, sonstige Personen aus vertraglichen oder gesetzlichen Verpflichtungen) zu einer Ersatzpflicht herangezogen werden können;
- bei Vorhandensein von Haus- oder Grundbesitz oder einer in meinem Eigentum stehenden Wohnung Leistungen der Sozialhilfe grundbücherlich sichergestellt werden können.

Ort \_\_\_\_\_

Datum (tt.mm.yyyy) \_\_\_\_\_

Unterschrift

### Unterschrift wurde geleistet durch:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antragsteller/in              | <input type="checkbox"/> gerichtliche/n<br>Erwachsenenvertreter/in<br>(Sachwalter/in) | <input type="checkbox"/> vertretungsbefugte/n nächste/n Angehörige/n |
| <input type="checkbox"/> gesetzliche/n<br>Vertreter/in | <input type="checkbox"/> gesetzliche/n<br>Erwachsenenvertreter/in                     | <input type="checkbox"/> gewählte/n Erwachsenenvertreter/in          |
| <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r             |   |  |

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname/n \_\_\_\_\_ akad. Grad \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer/Tür \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## Kostenzuschuss zur mobilen Pflege Richtsätze

Kost & Logis (Obergrenze) <sup>1</sup> :	<b>EUR 196,20</b>
Lebensbedarf:	<p><b>EUR 1.053,64</b></p> <p>Das Steiermärkische Sozialhilfegesetz (SHG) enthält nach wie vor den Begriff „Lebensbedarf“, so etwa § 9 Abs. 1, der normiert, dass jene Pflege zum Lebensbedarf gehört, die erforderlich wird, wenn aufgrund des körperlichen, geistigen oder psychischen Zustandes die Fähigkeit fehlt, die notwendigen Verrichtungen des täglichen Lebens ohne fremde Hilfe zu besorgen. Der Bemessung des Kostenzuschusses zur mobilen Pflege (24-Stunden-Betreuung, mobile Hauskrankenpflege, Betreutes Wohnen, Tagesbetreuung) sind analog die Höchstsätze des § 8 Abs. 3 StSUG iVm § 3 StSUG-DVO zugrunde zu legen.</p>

<sup>1</sup> Betreuung im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit, <https://www.bmf.gv.at/themen/steuern/arbeitsnehmerinnenveranlagung/hausbetreuung-pflege/betreuung-selbststaendige-taetigkeit.html>, Download vom 14.01.2019