

An das
Sozialministeriumservice
Zentrale Poststelle
Babenbergerstraße 5
1010 Wien

| |
|-----------------|
| Eingangsstempel |
|-----------------|

Betrifft: Zuschuss zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung

WECHSEL einer Betreuungskraft ODER / UND

Betreuung durch eine ZUSÄTZLICHE Betreuungskraft

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen

| Daten der 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 der einschreitenden Person | | | | | |
| 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 Erwachsenenvertretung: | | | | <input type="checkbox"/> ja | |
| Gewählte Erwachsenenvertretung, Gerichtliche Erwachsenenvertretung oder Vertretungsvollmacht | | | | <input type="checkbox"/> ja Bitte um Anschluss des Nachweises über Art und Umfang des Vertretungsverhältnisses) | |

| | |
|--|--|
| 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 |
|--|--|

Nur auszufüllen, wenn die vorstehende Frage mit ja beantwortet wurde

| Daten des pflegenden Angehörigen/der pflegenden Angehörigen | | |
|---|----------|----------------------|
| Familienname/Nachname: | Vorname: | VSNR (Geburtsdatum): |
| Anschrift: | | Telefonnummer: |

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 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.
- 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 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.
- 5) Ich ermächtige das Sozialministeriumservice, die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu überprüfen.

- 6) Ich bin damit einverstanden, dass das Sozialministeriumservice den Trägern der Sozialhilfe die unbedingt notwendigen Daten (Name, Adresse, Versicherungsnummer, Telefon-nummer) zum Zweck einer möglichst ökonomischen Verwaltungsabwicklung sowie im Hinblick auf die finanzielle Abrechnung übermittelt.
- 7) 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.
- 8) Im Zuge der Förderabwicklung werden die in § 21b Abs. 7 Bundespflegegeldgesetz angeführten Datenarten verarbeitet. Die Zuschussgewährung setzt eine Pflegebedürftigkeitsvoraus. 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.
- 9) 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.

...../.....
(Ort, Datum)

.....
Unterschrift des Zuschusswerbers/der
Zuschusswerberin

Nur auszufüllen bei WECHSEL der Betreuungskraft**Daten der bisherigen Betreuungskraft:**

| | | |
|------------------------|----------|---|
| Familienname/Nachname: | Vorname: | österreichische VSNR (Geburtsdatum): |
|------------------------|----------|---|

Lösung des Betreuungsverhältnisses mit Wirkung vom**An deren Stelle übernimmt folgende 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: |
|--|

Erklärung der 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 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 Förderabwicklung 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 Sozialministeriumservices als Abwicklungsstelle erforderlich ist.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift der Betreuungskraft)

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

- bei einer Betreuungskraft aus einem anderen EU-Mitgliedstaat ein Nachweis über die
 - 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

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 Kärnten

Kumpfgasse 23 – 25
9020 Klagenfurt am Wörthersee
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
6020 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