



## BUNDESSOZIALAMT

An das  
Bundessozialamt  
Landesstelle

Eingangsstempel

**Betrifft:** Ansuchen auf Gewährung eines Zuschusses zur  
Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung gemäß § 21b des  
Bundespflegegeldgesetzes (unselbständige Beschäftigung)

### Daten der pflegebedürftigen Person

|                        |          |                      |
|------------------------|----------|----------------------|
| Familienname/Nachname: | Vorname: | VSNR (Geburtsdatum): |
| Anschrift:             |          | Telefonnummer:       |

### Daten des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

**Ist nur auszufüllen, wenn der Zuschusswerber/die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person ist.**

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



Daten der Betreuungskraft/Betreuungskräfte:

|  |          |   |
|--|----------|---|
| Familienname/Nachname:   | Vorname: | österreichische VSNR<br>(Geburtsdatum): |
| Staatsangehörigkeit:   |          |   |
| Beginn des Betreuungsverhältnisses:  |          |   |
| <b>Qualifikation:</b><br><input type="checkbox"/> theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbildung eines<br>Heimhelfers/einer Heimhelferin entspricht oder<br><input type="checkbox"/> eine seit mindestens sechs Monaten andauernde, sachgerechte Betreuung der<br>pflegebedürftigen Person<br><input type="checkbox"/> liegt bereits vor            bzw. <input type="checkbox"/> ist geplant            oder<br><input type="checkbox"/> Befugnis zu pflegerischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten wurde erteilt |          |   |

|  |          |   |
|--|----------|---|
| Familienname/Nachname:   | Vorname: | österreichische VSNR<br>(Geburtsdatum): |
| Staatsangehörigkeit:   |          |   |
| Beginn des Betreuungsverhältnisses:  |          |   |
| <b>Qualifikation:</b><br><input type="checkbox"/> theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbildung eines<br>Heimhelfers/einer Heimhelferin entspricht oder<br><input type="checkbox"/> eine seit mindestens sechs Monaten andauernde, sachgerechte Betreuung der<br>pflegebedürftigen Person<br><input type="checkbox"/> liegt bereits vor            bzw. <input type="checkbox"/> ist geplant            oder<br><input type="checkbox"/> Befugnis zu pflegerischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten wurde erteilt |          |   |

|   |                            |                            |                            |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Bezieht die pflegebedürftige Person Pflegegeld nach dem     |                            |                            |                            |                            |                            |
| <input type="checkbox"/> Bundespflegegeldgesetz (BPGG) oder |                            |                            |                            |                            |                            |
| <input type="checkbox"/> Landespflegegeldgesetz (LPGG):     |                            |                            |                            |                            |                            |
| <input type="checkbox"/> ja, in Höhe der Stufe              | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |

Bei Beziehen von Pflegegeld der Stufen 3 oder 4 ist die Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung durch eine begründete **(fach)**ärztliche Bestätigung oder eine begründete Bestätigung sonstiger zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit berufener Experten nachzuweisen.

## Einkommen der pflegebedürftigen Person

Das monatliche Netto-Einkommen beträgt: €

(Einkommen ist 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. Einkommensgrenze: € 2.500 netto mtl.)

## Sorgepflichten der pflegebedürftigen Person für unterhaltsberechtignte Angehörige

nein

ja

wenn ja, Anzahl und Verwandtschaftsverhältnis:

(Die Einkommensgrenze - € 2.500 netto monatlich - für die Bewilligung einer Zuwendung erhöht sich je unterhaltsberechtignten Angehörigen um € 400 bei einem behinderten unterhaltsberechtignten Angehörigen um € 600).

Wurde bei einer anderen Stelle (z. B. Land) eine gleichartige Förderung zur 24-Stunden-Betreuung beantragt oder zuerkannt?

nein

ja ab/seit:

in Höhe von mtl.:

von

(Behörde, zuerkennende Stelle)

## Voraussetzungen und Erklärungen

- 1) Ich nehme außerdem zur Kenntnis, dass
  - a) eine Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds nur unter den vorstehend genannten Bedingungen gewährt wird und
  - b) auf Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds kein Rechtsanspruch besteht.
- 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 vereitelt wird.
- 3) Ich **verpflichte** mich, jederzeit die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung zu ermöglichen und alle Umstände, die Auswirkungen auf die Zuwendung haben könnten, unverzüglich zu melden.

- 4) Ich erkläre hiermit verbindlich, dass meine Angaben wahr und vollständig sind und **erkläre** weiters, dass
- eine Betreuung im Sinne des § 1 Abs. 1 Hausbetreuungsgesetzes vorliegt,
  - die vereinbarte Arbeitszeit mindestens 48 Stunden pro Woche und höchstens 128 Stunden in zwei aufeinander folgenden Wochen beträgt,
  - eine Vereinbarung besteht, wonach die Betreuungsperson allenfalls darüber hinaus gehende Zeiten der Arbeitsbereitschaft in ihrem Wohnraum oder in der näheren häuslichen Umgebung verbringt,
  - 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.
- 5) Ich erkläre, dass die Betreuungskraft bzw. die Betreuungskräfte
- a) über eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen derjenigen eines/r Heimhelfers/in entspricht, verfügt bzw. verfügen **oder**
  - b) seit mindestens sechs Monaten die Betreuung der pflegebedürftigen Person sachgerecht durchgeführt hat bzw. haben **oder**
  - c) über eine fachspezifische Ermächtigung zu pflegerischen oder ärztlichen Tätigkeiten verfügt bzw. verfügen
- oder
- Die Betreuung dauert noch nicht sechs Monate an. Ich ersuche daher 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 erkläre die Zustimmung, dass das Bundessozialamt die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einholt bzw. überprüft.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der pflegebedürftigen Person  
des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin

Ist der Zuschusswerber/die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

- 7) Ich erkläre hiermit die Zustimmung, dass das Bundessozialamt 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 und Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der pflegebedürftigen Person  
des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin

Ist der Zuschusswerber/die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person

(Ort und Datum)

Unterschrift des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

Die Anweisung des Zuschusses möge auf folgendes Konto erfolgen:

bei (Bankinstitut):

lautend auf:

BIC:

IBAN:

Informationen zu BIC und IBAN finden Sie auf den Belegen Ihres Bankinstitutes

Ich verfüge über kein Konto und ersuche um Baranweisung des Zuschusses

Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizuschließen:

- der letzte rechtskräftigen Bescheid/das letzte Urteil über den Pflegegeldbezug,
- Bestätigung der Anmeldung der Betreuungsperson(en) beim Sozialversicherungsträger,
- der österreichische Meldezettel der Betreuungsperson(en),
- Nachweis über das Einkommen der pflegebedürftigen Person,
- Nachweise über allfällige Unterhaltsverpflichtungen der pflegebedürftigen Person,
- bei Beziehern von Pflegegeld der Stufen 3 oder 4: Bestätigung der Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung durch eine begründete **(fach)**ärztliche Bestätigung oder eine begründete Bestätigung sonstiger zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit berufener Experten,
- Zutreffendenfalls ein Nachweis über die Bestellung zum Sachwalter / zur Sachwalterin für die pflegebedürftige Person,
- Zutreffendenfalls eine Vertretungsvollmacht (= Vertretungsbefugnis vom Notar oder Vorsorgevollmacht),
- Sofern Punkt 5 lit. a) oder c) zutrifft:  
einen Nachweis über die Ausbildung bzw. die Ermächtigung der Betreuungsperson/en.

## Antragstellung

Ansuchen auf Gewährung eines Zuschusses sind ehestmöglich nach Beginn des Betreuungsverhältnisses einzubringen.

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

### **Landesstelle Burgenland**

Hauptstraße 33a  
7000 Eisenstadt

### **Landesstelle Steiermark**

Babenbergerstraße 35  
8021 Graz

### **Landesstelle Kärnten**

Kumpfgasse 23 – 25  
9020 Klagenfurt

### **Landesstelle Tirol**

Herzog Friedrichstraße 3  
6010 Innsbruck

### **Landesstelle Niederösterreich**

*Standort Wien*  
Babenbergerstraße 5  
1010 Wien

### **Landesstelle Vorarlberg**

Rheinstraße 32/3  
6900 Bregenz

### **Landesstelle Oberösterreich**

Gruberstraße 63  
4021 Linz

### **Landesstelle Wien**

Babenbergerstraße 5  
1010 Wien

### **Landesstelle Salzburg**

Auerspergstraße 67a  
5020 Salzburg

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter der Rufnummer **05 99 88**  
(Österreichweit zum Ortstarif) zur Verfügung.

**[www.bundessozialamt.gv.at](http://www.bundessozialamt.gv.at)**