

An das  
Sozialministeriumservice  
Landesstelle Kärnten  
Kumpfgasse 23-25  
9020 Klagenfurt am Wörthersee

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 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 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

<p>Wurde <b>im Falle der Inanspruchnahme von zwei Betreuungskräften</b> 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?</p>	<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:

**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 Pflegezeit 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,
- 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



**Nur auszufüllen bei Wechsel der Betreuungskraft**

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

<b>An deren Stelle übernimmt folgende selbständige Betreuungskraft die Betreuung:</b>		
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:		

**Die Fördergewährung für ein und dieselbe Personenbetreuungskraft innerhalb desselben Förderzeitraumes (Kalendermonates) an mehreren Betriebsstandorten (etwa in zwei unterschiedlichen Standorten zweier unterschiedlicher Pflegebedürftiger) ist nicht möglich!**

**Nur auszufüllen bei Vertragsabschluss mit einer zusätzlichen Betreuungskraft!**

<b>Daten der zusätzlichen Betreuungskraft:</b>		
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 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 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.

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 Ansuchen ist dann noch 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 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 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**