

An das  
Sozialministeriumservice  
Zentrale Poststelle  
Babenbergerstraße 5  
1010 Wien

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

**Betrifft:** Zuschuss zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung

- WECHSEL Betreuer:in ODER / UND  
 Betreuung durch ZUSÄTZLICHE:N Betreuer:in

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen

| Daten der pflegebedürftigen Person   |                            |                            |  |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|
| Nachname:  | Vorname:                   |                            | VSNR (Geburtsdatum):   |                            |                            |
| Hauptwohnsitz:   |                            |                            | Telefonnummer:   |                            |                            |
| Kontaktperson:   |                            |                            | Telefonnummer:   |                            |                            |
| Pflegegeldstufe  | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5   | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| Pflegegeld wurde beantragt: <input type="checkbox"/>   |                            |                            |  |                            |                            |
| Daten der ansuchenden Person   |                            |                            |  |                            |                            |
| Nur auszufüllen, wenn diese Person nicht die pflegebedürftige Person ist   |                            |                            |  |                            |                            |
| Nachname:  | Vorname:                   |                            | VSNR (Geburtsdatum):   |                            |                            |
| Hauptwohnsitz:   |                            |                            | Telefonnummer:   |                            |                            |
| E-Mail:  |                            |                            |  |                            |                            |
| Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person   |                            |                            |  |                            |                            |
| Gesetzliche Erwachsenenvertretung,<br>Gewählte Erwachsenenvertretung,<br>Gerichtliche Erwachsenenvertretung oder<br>Vertretungsvollmacht |                            |                            | wenn <input type="checkbox"/> ja<br><br>(bitte Beschluss oder Urkunde<br>über die Vertretung beilegen) |                            |                            |

|   |          |  |
|---|----------|--|
| Nimmt ein:e nahe:r Angehörige:r der pflegebedürftigen Person für den Zuwendungszeitraum eine begünstigte sozialversicherungsrechtliche Absicherung pflegender Angehöriger im Sinne des §§ 18b bzw. 77 Abs.6 ASVG oder 33 Abs.9 GSVG oder 28 Abs.6 BSVG in Anspruch? |          | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |
| <b>Nur auszufüllen, wenn die vorstehende Frage mit ja beantwortet wurde</b>   |          |  |
| <b>Daten pflegende:r Angehörige:r</b>   |          |  |
| Nachname:   | Vorname: | VSNR (Geburtsdatum):   |
| Hauptwohnsitz:  |          | 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 Pflegeteilzeit vereinbart haben, für die vereinbarte Dauer keine Förderung einer 24-Stunden-Betreuung beziehen können;
  - c) der erhöhte Zuschussbetrag nur dann gebührt, wenn die Betreuung über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen durchgängig erfolgt. Änderungen sind dem Sozialministeriumservice unverzüglich zur Kenntnis zu bringen.
- 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 Betreuer:innen mindestens 48 Stunden pro Woche beträgt.
  - b) bei Beschäftigung unselbständig erwerbstätiger Betreuer:innen 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 Betreuer:innen 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/denselben Betreuer:in 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, Telefonnummer) 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 oder ansuchenden Person in das Ausland, Wien als vereinbarter Gerichtsstand gilt.
- 8) 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.
- 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 Förderungsrichtlinien bilden einen integrierenden Bestandteil der Förderungsvereinbarung.

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

.....  
Unterschrift der ansuchenden Person

.....  
Name in **BLOCKSCHRIFT**

**Nur auszufüllen bei WECHSEL Betreuer:in****Daten bisherige:r Betreuer:in:**

|           |          |   |
|-----------|----------|---|
| Nachname: | Vorname: | österreichische VSNR<br>(Geburtsdatum): |
|-----------|----------|---|

**Lösung des Betreuungsverhältnisses mit Wirkung vom****An deren Stelle übernimmt folgende:r Betreuer:in die Betreuung:**

|   |  |   |
|---|--|---|
| Nachname:   | Vorname:   | österreichische VSNR<br>(Geburtsdatum): |
| Staatsangehörigkeit:                                    | Beginn des Betreuungsverhältnisses:  |   |
| Qualifikation:<br>(Nachweise in Kopie<br>anschließen)   | Eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbildung<br>einer Heimhilfe entspricht, liegt vor:<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Die Befugnis zu pflegerischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten wurde<br>durch eine:n Ärzt:in oder diplomiertes Pflegepersonal<br>erteilt:<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |   |
| Vermittlung erfolgt durch die Agentur (Name / Tel.Nr.): |  |   |

**Nur auszufüllen bei Vertragsabschluss mit ZUSÄTZLICHER:M Betreuer:in!****Daten zusätzliche:r Betreuer:in:**

|   |  |   |
|---|--|---|
| Nachname:   | Vorname:   | österreichische VSNR<br>(Geburtsdatum): |
| Staatsangehörigkeit:                                      | Beginn des Betreuungsverhältnisses:  |   |
| Qualifikation:<br>(Nachweise in Kopie<br>anschließen)     | Eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbildung<br>einer Heimhilfe entspricht, liegt vor:<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Die Befugnis zu pflegerischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten wurde<br>durch eine:n Ärzt:in oder diplomiertes Pflegepersonal<br>erteilt:<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |   |
| Vermittlung erfolgt durch die Agentur (Name / Tel.Nr.): : |  |   |

## Erklärung Betreuer:in:

Hiermit erkläre ich,

.....  
(Name Betreuer:in)

.....  
(Adresse Betreuer:in 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 Personenbetreuer:in 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 Betreuer:in)

.....  
Name in **BLOCKSCHRIFT**

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

- bei Betreuer:innen aus einem anderen EU-Mitgliedstaat ein Nachweis über die
  - allenfalls bestehende Sozialversicherung in diesem EU-Staat (Formular A 1 / E 101)
  - Einsatzzeit der Betreuer:innen von mindestens 48 Stunden pro Woche
- zutreffendenfalls Ausbildungsnachweis oder fachspezifische Ermächtigung der Betreuer:innen durch eine:n Ärzt:in oder diplomiertes Pflegepersonal

*Sie können den Antrag auch per E-Mail einbringen. Angeschlossene Unterlagen bitte im .pdf Format übermitteln an: [post.digistelle@sozialministeriumservice.at](mailto:post.digistelle@sozialministeriumservice.at)*

**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, welches 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  
(zuständig auch für Wien)**

*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

**Telefon österreichweit 05 99 88**

mailto:

[post.burgenland@sozialministeriumservice.at](mailto:post.burgenland@sozialministeriumservice.at)  
[post.kärnten@sozialministeriumservice.at](mailto:post.kärnten@sozialministeriumservice.at)  
[post.niederösterreich@sozialministeriumservice.at](mailto:post.niederösterreich@sozialministeriumservice.at)  
[post.oberösterreich@sozialministeriumservice.at](mailto:post.oberösterreich@sozialministeriumservice.at)  
[post.salzburg@sozialministeriumservice.at](mailto:post.salzburg@sozialministeriumservice.at)  
[post.steiermark@sozialministeriumservice.at](mailto:post.steiermark@sozialministeriumservice.at)  
[post.tirol@sozialministeriumservice.at](mailto:post.tirol@sozialministeriumservice.at)  
[post.vorarlberg@sozialministeriumservice.at](mailto:post.vorarlberg@sozialministeriumservice.at)