

## **Richtlinien des Landes Burgenland für den Kostenersatz für COVID-19 Testungen von 24-Stunden- Betreuungskräften**

### **Präambel**

Um Personen, die eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen, sowie ihre Angehörigen auch in Zeiten der COVID-19 Pandemie bestmöglich zu unterstützen, wurden in den letzten Monaten im Land Burgenland im Einzelfall Testungen der 24-Stunden-Betreuerinnen und Betreuer auf COVID-19 von der öffentlichen Hand organisiert.

Nunmehr sollen seitens des Landes Burgenland die Kosten für Testungen, die von den betreuungsbedürftigen Personen oder ihren Angehörigen privat organisiert wurden und die hierfür die Kosten getragen haben, ersetzt werden.

### **§ 1**

#### **Fördergeber und Förderempfänger**

- (1) Fördergeber ist das Land Burgenland.
- (2) Förderempfänger sind betreuungsbedürftige Personen oder Angehörige von betreuungsbedürftigen Personen.

### **§ 2**

#### **Fördervoraussetzungen und Grundsätze**

- (1) Nach Maßgabe der dafür vorgesehenen budgetären Mittel gewährt das Land Burgenland betreuungsbedürftigen Personen oder ihren Angehörigen eine Förderung nach diesen Richtlinien, wenn
  1. sie Testungen für COVID-19 für ihre eingesetzte 24-Stunden-Betreuungskraft privat organisiert und hierfür die Kosten getragen haben,
  2. die Betreuungsleistung der 24-Stunden-Betreuungskraft zur Gänze im Land Burgenland erbracht wurde,
  3. ein Wohnsitz der betreuungsbedürftigen Person im Land Burgenland liegt.

- (2) Eine 24-Stunden-Betreuungskraft im Sinne dieser Richtlinien ist eine Person, die berechtigt ist das Gewerbe der Personenbetreuung gemäß der Gewerbeordnung 1994, BGBl. Nr. 194/1994 in der Fassung des Gesetzes BGBl. I Nr. 12/2018, selbständig auszuüben.
- (3) Eine Förderung nach diesen Richtlinien kann nur für Testungen, die im Zeitraum während der COVID-19 Krisensituation ab 16. März 2020 bis zum Beginn des Screening-Programms des Landes Burgenland, längstens jedoch bis 1. Dezember 2020 durchgeführt wurden, gewährt werden.
- (4) Eine Förderung nach diesen Richtlinien kann einmalig pro Monat und Betreuungskraft gewährt werden.
- (5) Eine Förderung nach diesen Richtlinien kann vom Land Burgenland als Träger von Privatrechten erbracht werden. Auf eine Förderung nach diesen Richtlinien besteht kein Rechtsanspruch.

### **§ 3**

#### **Höhe der Förderung**

- (1) Eine Förderung nach diesen Richtlinien kann lediglich im Ausmaß der tatsächlich nachgewiesenen Kosten der Testung und nach Maßgabe des Abs. 2 gewährt werden.
- (2) Eine Förderung nach diesen Richtlinien kann für eine im Inland erfolgte Testung bis zu 85,- Euro pro Monat, für eine im Ausland erfolgte Testung bis zu 60,- Euro pro Monat betragen.

### **§ 4**

#### **Verfahren und Zuständigkeit**

- (1) Eine Förderung nach diesen Richtlinien kann nur auf Antrag gewährt werden. Anträge müssen bis spätestens 1. Dezember 2020 gestellt werden.
- (2) Das Formblatt „Antrag auf Kostenersatz für COVID-19 Testungen von 24-Stunden-Betreuungskräften“ ist integrierender Bestandteil dieser Richtlinien und ist für die Antragstellung zu verwenden. Es ist vollständig auszufüllen und zu unterfertigen.
- (3) Der Antrag ist unter Anschluss der erforderlichen Unterlagen beim Amt der Burgenländischen Landesregierung, Abteilung 6 einzubringen.
- (4) Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizuschließen oder nach Maßgabe des Abs. 5 nachzureichen:
  1. Nachweise über die durchgeführte Testung;
  2. Nachweise (Rechnung, sowie Bankbeleg oder Bestätigung der Betreuungskraft über den Erhalt des Geldbetrages für den Covid 19 Test) über die Kosten der durchgeführten Testung;

3. Bestätigung über das Vorliegen des Wohnsitzes der betreuungsbedürftigen Person im Burgenland;
  4. Belege über die Gesamtdauer der 24-Stunden-Betreuung (Werkvertrag, Honorarnote über die tatsächlich geleisteten Einsatztage);
  5. Nachweise über das Angehörigenverhältnis zur betreuungsbedürftigen Person;
  6. gegebenenfalls der Nachweis über die Bestellung zur Erwachsenenvertreterin oder zum Erwachsenenvertreter für die betreuungsbedürftige Person;
  7. gegebenenfalls eine Vertretungsvollmacht (= Vertretungsbefugnis vom Notar oder Vorsorgevollmacht);
  8. Nachweise der Bankdaten (IBAN und BIC) der Antragstellerin oder des Antragstellers in Form einer Kopie der Bankomatkarte bzw. einer Bestätigung der Bank.
- (5) Der Antrag gilt als zurückgezogen, sofern die gemäß § 4 Abs. 4 vorgeschriebenen Nachweise und Unterlagen dem Antrag nicht beigegeben sind und nicht innerhalb von zwei Wochen ab Erteilung eines Verbesserungsauftrages nachgereicht werden. Der Antrag gilt erst bei Vorliegen aller Nachweise und Unterlagen als ordnungsgemäß eingebracht.

## **§ 5**

### **Entscheidung über den Antrag**

- (1) Die zuständige Behörde prüft den Antrag auf Grundlage dieser Richtlinien und auf Grund der vorgelegten Nachweise und Unterlagen.
- (2) Der Förderbetrag wird bei Erfüllung sämtlicher Voraussetzungen an die Förderempfängerin oder den Förderempfänger überwiesen.

## **§ 6**

### **Einstellung und Rückforderung der Förderung**

Die Förderung kann eingestellt und rückgefordert werden, wenn die Antragstellerin oder der Antragsteller

1. wesentliche Umstände verschwiegen hat,
2. unwahre Angaben gemacht hat oder
3. die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung vereitelt hat.

## **§ 7**

### **Inkrafttreten**

- (1) Diese Richtlinien treten durch Beschluss der Burgenländischen Landesregierung vom xx.xx.xxxx mit 21. September 2020 in Kraft.
- (2) Diese Richtlinien sind im Landesamtsblatt kundgemacht und auf der Homepage des Landes Burgenland unter <http://www.burgenland.at/> veröffentlicht.

Eingangsstempel



An das  
Amt der Burgenländischen  
Landesregierung, Abteilung 6 – Soziales

---

---

---

## **ANTRAG**

### **auf Kostenersatz für COVID-19 Testungen von 24-Stunden-Betreuungskräften**

gemäß den Richtlinien des Landes Burgenland für den Kostenersatz für COVID-19 Testungen von 24-Stunden-Betreuungskräften

Zutreffendes bitte ankreuzen!

#### **1) Daten der betreuungsbedürftigen Person**

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ SV-Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit:

Österreich

Geschlecht:  weiblich  männlich

\_\_\_\_\_

## 2) Daten der/des Angehörigen:

Nur auszufüllen, wenn die Antragstellerin/der Antragsteller **nicht** die betreuungsbedürftige Person ist.

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

SV-Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## 3) Auszahlung des Förderbetrages auf folgendes Konto

Name der Bank: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ KontoinhaberIn: \_\_\_\_\_

Dem vollständig ausgefüllten Antrag sind folgende Nachweise in Kopie anzuschließen:

- **Nachweise über die durchgeführte Testung (Befund);**
- **Nachweise (Rechnung, sowie Bankbeleg oder Bestätigung der Betreuungskraft über den Erhalt des Geldbetrages für den Covid 19 Test) über die Kosten der durchgeführten Testung;**
- **gegebenenfalls der Nachweis über die Bestellung zur Erwachsenenvertreterin oder zum Erwachsenenvertreter für die betreuungsbedürftige Person;**
- **gegebenenfalls eine Vertretungsvollmacht = (Vertretungsbefugnis vom Notar oder Vorsorgevollmacht);**
- **gegebenenfalls Nachweise über das Angehörigenverhältnis zur betreuungsbedürftigen Person;**
- **Bestätigung über das Vorliegen eines Wohnsitzes im Burgenland der betreuungsbedürftigen Person;**
- **Belege über die Gesamtdauer der 24-Stunden-Betreuung (Werkvertrag, Honorarnote über die tatsächlich geleisteten Einsatztage**

- **Nachweise der Bankdaten (IBAN, BIC) der Antragstellerin oder des Antragstellers in Form einer Kopie der Bankomatkarte bzw. einer Bestätigung der Bank**

### **Voraussetzungen und Erklärungen**

- 1.) Ich nehme zur Kenntnis, dass
  - a. eine Förderung nur unter den in den Richtlinien des Landes Burgenland für den Kostenersatz für COVID-19 Testungen von 24-Stunden-Betreuungskräften festgelegten Bedingungen gewährt wird;
  - b. auf eine Förderung kein Rechtsanspruch besteht.
- 2.) Ich verpflichte mich, die Förderung zurückzuzahlen, wenn ich
  - a. wesentliche Umstände verschwiegen habe,
  - b. unwahre Angaben gemacht habe,
  - c. die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung vereitelt habe.
- 3.) Ich erkläre hiermit verbindlich, dass meine Angaben wahr und vollständig sind.
- 4.) Ich ermächtige die zuständige Behörde, die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu überprüfen.
- 5.) Ich nehme zur Kenntnis, dass die oben erhobenen Daten zur Erfüllung des durch das Förderansuchen/ den Fördervertrag begründeten (vor-) vertraglichen Schuldverhältnisses vom Amt der Burgenländischen Landesregierung verarbeitet werden.

Der Zweck der Verarbeitung ist die Bearbeitung und Abwicklung des Antrages auf Förderung der privat durchgeführten Covid 19 Testungen der 24h BetreuerInnen.

Eine Weitergabe an Dritte (insbesondere Unternehmen, die Daten zu kommerziellen Zwecken verarbeiten) findet nicht statt.

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns nur so lange aufbewahrt, wie dies durch gesetzliche Pflichten nötig ist. Wir speichern die Daten jedenfalls solange gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen oder allfällige Rechtsansprüche noch nicht verjährt sind.

Unter den Voraussetzungen des anwendbaren geltenden Rechts haben Sie das Recht auf Auskunft über die erhobenen Daten, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung der Daten, ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung der Daten sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Sie haben das Recht auf Beschwerde bei der Datenschutzbehörde.

Datenschutzrechtlicher Verantwortlicher im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union, Verordnung (EU) Nr. 2016/679, ist das Amt der Burgenländischen Landesregierung, Europaplatz 1, 7000 Eisenstadt, Telefon: 057-600, E-Mail: [anbringen@bgld.gv.at](mailto:anbringen@bgld.gv.at).

Alternativ können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten des Amtes der Burgenländischen Landesregierung, die KPMG Security Services GmbH, Porzellangasse 51, 1090 Wien, Email: [post.datenschutzbeauftragter@bgld.gv.at](mailto:post.datenschutzbeauftragter@bgld.gv.at), wenden.

.....  
(Ort, Datum)  
bzw. der

.....  
Unterschrift der pflegebedürftigen Person  
gesetzlichen Vertretung

Ist die Antragstellerin/der Antragsteller nicht die pflegebedürftige Person:

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers