

An die/den  
Bezirkshauptmannschaft/Magistrat \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANTRAG AUF FÖRDERUNG DER 24-STUNDEN-BETREUUNG

gemäß den Richtlinien der Burgenländischen Landesregierung

Zutreffendes bitte ankreuzen!

### 1) Daten der pflegebedürftigen Person

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

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

Anschrift – Hauptwohnsitz (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

Staatsangehörigkeit

Österreich

Geschlecht:  weiblich  männlich

\_\_\_\_\_

Familienstand:

ledig

verheiratet

verwitwet

geschieden

### 2) Daten des Antragstellers/der Antragstellerin:

*Nur auszufüllen, wenn der Förderwerber/die Förderwerberin **nicht** die pflegebedürftige Person ist.*

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

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

Anschrift:

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

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

2) Fortsetzung:

Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person: \_\_\_\_\_

Gesetzliche/r Vertreter/in oder Sachwalter/in

bzw. Erwachsenenvertreter/in:

Ja, seit .....

Vertretungsbevollmächtigte/r

Ja

3) Die pflegebedürftige Person bezieht ein Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz in Höhe der Stufe

3

4

5

6

7

4) Bei Vorliegen der Pflegegeldstufe 3

- es liegt eine fachärztlich bestätigte demenzielle Erkrankung vor
- keine demenzielle Erkrankung

5) Einkommen der pflegebedürftigen Person sowie des Partners/der Partnerin

Das monatliche Netto-Einkommen beträgt insgesamt: € \_\_\_\_\_

*Als Einkommen gilt grundsätzlich jede regelmäßig zufließende Geldleistung. Nicht zum Einkommen zählen Pflegegeld oder vergleichbare Leistungen auf Grund von gesetzlichen Vorschriften, Sonderzahlungen, Grundrenten nach den Sozialentschädigungsgesetzen, Versehrtenrenten oder vergleichbare Leistungen, Familienbeihilfen, Studienbeihilfen, Wohnbeihilfen, Kinderbetreuungsgeld, Leistungen nach den Sozialhilfegesetzen der Länder oder vergleichbare Leistungen, Familienförderung nach landesgesetzlichen Vorschriften.*

6) Die pflegebedürftige Person bezieht eine Zuwendung durch das Sozialministeriumservice nach dem § 21b Bundespflegegeldgesetz:

- Ja, und zwar in Höhe von € \_\_\_\_\_
- Nein

7) Sorgepflichten der pflegebedürftigen Person für unterhaltsberechtigte Angehörige

- Ja      Wenn ja, Anzahl und Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_
- Nein

*Je unterhaltsberechtigtem Angehörigen erhöht sich jener Teil des Einkommens, der nicht zum Selbstbehalt gerechnet wird, um 400 Euro bzw. bei einem behinderten unterhaltsberechtigten Angehörigen um 600 Euro.*

6) Auszahlung des Förderbetrages auf folgendes Konto

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

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

Ich bestätige mit meiner nachstehenden Unterschrift die Richtigkeit der Bankverbindung

**Dem vollständig ausgefüllten Antrag sind folgende Nachweise in Kopie anzuschließen:**

- **Vertrag mit der Personenbetreuerin / Agentur bzw. (Werkvertrag, Auftrag, Dienstvertrag)**
- **Zuerkennungsschreiben für die Förderung des Sozialministeriumsservice;**
- **Kopie der Bankomat- oder Kontokarte von dem Konto auf das die Förderung ausbezahlt werden soll (Vorder- und Rückseite);**
- **Kontoauszüge der letzten sechs Monate, aus welchen die Auszahlung der Zuwendung des Sozialministeriumsservice sowie die Pensionsauszahlungen hervorgehen;**
- **der letztgültige Pflegegeldnachweis;**
- **Einkommensnachweise bzw. Kontoauszüge der pflegebedürftigen Person - bei Paaren von beiden Partnern;**
- **zutreffendenfalls eine ärztliche Bestätigung über das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung;**
- **zutreffendenfalls der Nachweis einer fachpflegerischen Ausbildung oder Weiterbildung der Betreuungsperson gem. § 5, Abs. 5;**
- **Belege über sämtliche monatlichen Ausgaben gem. § 5, Abs. 2 für die 24-Stunden-Betreuung;**
- **Nachweise über allfällige Unterhaltsverpflichtungen der pflegebedürftigen Person;**
- **zutreffendenfalls Nachweis über die Bestellung zum Sachwalter (Erwachsenenvertreter)/zur Sachwalterin (Erwachsenenvertreterin) für die pflegebedürftige Person;**
- **zutreffendenfalls Vertretungsvollmacht (= Vertretungsbefugnis vom Notar oder Vorsorgevollmacht)**

#### **Voraussetzungen und Erklärungen**

- 1.) Ich nehme zur Kenntnis, dass
  - a. eine Förderung nur unter den in den Richtlinien des Landes Burgenland für die Förderung der 24-Stunden-Betreuung festgelegten Bedingungen gewährt wird;
  - b. auf eine Förderung kein Rechtsanspruch besteht.
- 2.) Ich bestätige, dass die Betreuungsperson kein direkter Nachkomme (Kind oder Enkelkind) der betreuten Person ist.
- 3.) Ich verpflichte mich, jede Änderung der Pflegegeldstufe, der Pensionshöhe, der Zuwendung des Sozialministeriumsservice oder der Betreuungskosten unverzüglich, jedoch längstens binnen 14 Tagen, der Bezirksverwaltungsbehörde zu melden.
- 4.) Ich verpflichte mich, bis Mitte Februar jeden Jahres der Bezirksverwaltungsbehörde Nachweise über die aktuelle Höhe von Einkommen und Pflegegeld sowie die Belege der letzten drei Monate über die Auszahlung der Zuwendung des Sozialministeriumsservice vorzulegen.
- 5.) Ich verpflichte mich, die Förderung zurückzuzahlen, wenn

- a. ich wesentliche Umstände verschwiegen oder unwahre Angaben gemacht habe,
- b. die Förderung widmungswidrig verwendet wurde,
- c. die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung vereitelt wird, oder
- d. Voraussetzungen durch mein Verschulden nicht eingehalten wurden.

- 6.) Ich verpflichte mich, jederzeit die Überprüfung der Qualität der Betreuung durch Hausbesuche von medizinischem Fachpersonal oder pflegerischem Fachpersonal sowie der widmungsgemäßen Verwendung der Fördermittel zu ermöglichen.
- 7.) Ich erkläre hiermit verbindlich, dass meine Angaben wahr und vollständig sind.
- 8.) Ich ermächtige die Bezirksverwaltungsbehörde, die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu überprüfen.
- 9.) Ich stimme der automationsunterstützten Datenverarbeitung und dem automationsunterstützten Datenverkehr im Sinne der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl. I Nr. 165/1999 i.d.g.F. zu, soweit diese in Art und Umfang auf den Zweck der Durchführung der Förderung beschränkt bleibt.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Unterschrift der pflegebedürftigen Person bzw. der gesetzlichen Vertretung bzw. der antragstellenden Person

**Adressen der Bezirksverwaltungsbehörden** (bei BH Telefonvorwahl jeweils: 057 600 ):

Bezirkshauptmannschaft Eisenstadt-Umgebung, Ing. Julius Raab-Straße 1, 7000 Eisenstadt – Tel.Klappe: 4164

Bezirkshauptmannschaft Güssing, Hauptstraße 1, 7540 Güssing – Tel.Klappe: 4691

Bezirkshauptmannschaft Jennersdorf, Hauptplatz 15, 8380 Jennersdorf – Tel.Klappe: 4700

Bezirkshauptmannschaft Mattersburg, Marktgasse 2, 7210 Mattersburg – Tel.Klappe: 4300

Bezirkshauptmannschaft Neusiedl am See, Eisenstädterstraße 1a, 7100 Neusiedl am See – Tel.Klappe: 4299

Bezirkshauptmannschaft Oberpullendorf, Hauptstraße 56, 7350 Oberpullendorf – Tel.Klappe: 4499

Bezirkshauptmannschaft Oberwart, Hauptplatz 1, 7400 Oberwart – Tel.Klappe: 4591

---

Magistrat der Freistadt Eisenstadt, Hauptstraße 35, 7000 Eisenstadt – Tel.: 02682 705-0

Magistrat der Freistadt Rust, Conradplatz 1, 7071 Rust – Tel.: 02685 202-0