



## BUNDESSOZIALAMT

An das  
Bundessozialamt  
Landesstelle Steiermark  
Babenbergerstraße 5  
8021 Graz

Eingangsstempel

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

- Wechsel einer selbständigen Betreuungskraft oder / und  
 Betreuung durch eine zusätzliche selbständige Betreuungskraft

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 Zuschussbeziehers/der Zuschussbezieherin:

**Nur auszufüllen, wenn der Zuschussbezieher/die Zuschussbezieherin 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



**Nur auszufüllen bei Wechsel der Betreuungskraft!**

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

An deren Stelle übernimmt folgende selbständige Betreuungskraft die Betreuung:		
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: .....		

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

Daten der zusätzlichen Betreuungskraft:		
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: .....		

## Voraussetzungen und Erklärungen

- 1) Ich nehme 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.
- 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,
  - c) **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,
- 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 Bundessozialamt, die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu überprüfen.

\_\_\_\_\_  
(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

- 4) Ich bin damit einverstanden, 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

### **Erklärung für die neue Betreuungskraft – Seite 5 – liegt bei.**

Folgende Unterlagen sind dem Antrag **in Kopie** anzuschließen:

- österreichischer Meldezettel der Betreuungsperson(en)
- Gewerbeschein oder Gewerberegisterauszug der Betreuungsperson(en)
- Bestätigung der Anmeldung der Betreuungsperson(en) beim Sozialversicherungsträger (Pflichtversicherung = Vollversicherung auf Grund eines Gewerbescheines gemäß § 2 Abs.1 Z 1 GSVG und keine Ausnahme gemäß § 4 Abs. 1 Z 7 GSVG beantragt  
oder
- bei einer Betreuungskraft aus einem anderen EU-Mitgliedstaat ein Nachweis über die
  - Sozialversicherung in diesem EU-Staat (insbesondere Formular A1 / E101)
  - Einsatzzeit der Betreuungskraft von mindestens 48 Stunden pro Woche
- zutreffendenfalls Ausbildungsnachweis oder fachspezifische Ermächtigung der Betreuungsperson(en) durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal
- die von der Betreuungskraft ausgefüllte und unterschriebene Erklärung

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, nämlich  
bei .....  
versichert zu sein.

Die monatlichen Beiträge belaufen sich auf € .....

Ich erkläre meine Zustimmung, dass das Bundessozialamt 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 Antrag ist dann noch in zeitlicher Nähe zum Beginn des Betreuungsverhältnisses eingebracht, wenn er spätestens in dem Monat einlangt, der auf den Beginn des Betreuungsverhältnisses folgt.

Bei später einlangenden Anträgen ist eine Förderung frühestens mit Beginn des Monats vor der Antragstellung möglich.

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

**Landesstelle Burgenland**

Neusiedler Straße 46  
7000 Eisenstadt  
Tel.: 02682/64 046

**Landesstelle Steiermark**

Babenbergerstraße 35  
8021 Graz  
Tel.: 0316/7090

**Landesstelle Kärnten**

Kumpfgasse 23 – 25  
9020 Klagenfurt  
Tel.: 0463/5864-0

**Landesstelle Tirol**

Herzog Friedrichstraße 3  
6020 Innsbruck  
Tel.: 0512/563 101

**Landesstelle Niederösterreich**

*Standort Wien*  
Babenbergerstraße 5  
1010 Wien  
Tel.: 01/588 31

**Landesstelle Vorarlberg**

Rheinstraße 32/3  
6900 Bregenz  
Tel.: 05574/6838

**Landesstelle Oberösterreich**

Gruberstraße 63  
4021 Linz  
Tel.: 0732/7604-0

**Landesstelle Wien**

Babenbergerstraße 5  
1010 Wien  
Tel.: 01/588 31

**Landesstelle Salzburg**

Auerspergstraße 67a  
5020 Salzburg  
Tel.: 0662/88 983-0

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

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