

An das
Sozialministeriumservice
Landesstelle

Eingangsstempel

ANSUCHEN

für die Gewährung von Zuwendungen zur Unterstützung pflegender Angehöriger (§ 21a des Bundespflegegeldgesetzes)

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen

1) ZuwendungswerberIn / AntragstellerIn (= Hauptpflegeperson)		
Familienname / Nachname	Vorname	VSNR (Geburtsdatum)
Anschrift		Telefon- Nr.

2) Daten der pflegebedürftigen Person		
Familienname / Nachname	Vorname	VSNR (Geburtsdatum)

3) Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person	
<input type="checkbox"/> verwandt in gerader Linie : (z.B. Vater, Mutter, Kind, Enkel, Urenkel, Großvater, Großmutter)	<input type="checkbox"/> Nichte / Neffe
<input type="checkbox"/> Ehegatte / Ehegattin	<input type="checkbox"/> Bruder / Schwester
<input type="checkbox"/> eingetragene(r) Partner/Partnerin	<input type="checkbox"/> Schwiegerkind
<input type="checkbox"/> Lebensgefährte / Lebensgefährtin	<input type="checkbox"/> Schwiegermutter/ Schwiegervater
<input type="checkbox"/> Wahl-, Stief-, Pflegekind	<input type="checkbox"/> Schwager / Schwägerin

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ergänzen!

4a) Bezieht die pflegebedürftige Person Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz?

- nein
- ja, in Höhe der Stufe 1 2 3
- 4 5 6 7

seit:

von folgender Stelle / folgendem Entscheidungsträger:

4b) Liegt eine demenzielle Erkrankung vor?

- ja (Bitte Nachweise laut Blatt 4 beischließen) nein

5) Einkommen des Zuwendungswerbers / der Zuwendungswerberin

Mein monatliches Netto-Einkommen beträgt: €.....

(Einkommen ist grundsätzlich jede regelmäßig zufließende Geldleistung. **Nicht** zum Einkommen zählen Geldleistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder Behinderung, Sonderzahlungen, Versehrtenrenten und vergleichbare Leistungen, Familienbeihilfen, Kinderbetreuungsgeld, Schüler- und Studienbeihilfen, Wohnbeihilfen, Leistungen nach den Mindestsicherungsgesetzen der Länder oder vergleichbare Leistungen).

Einkommensgrenze: € 2.000,00 netto monatlich bei Pflegegeldstufe 1 - 5

€ 2.500,00 netto monatlich bei Pflegegeldstufe 6 - 7

Bitte Einkommensnachweise beischließen!

6) Sorgepflichten des Zuwendungswerbers / der Zuwendungswerberin für unterhaltsberechtignte Angehörige:

- nein
- ja, für wen:
-
-
- davon für einen Menschen mit Behinderung:
-

(Die jeweilige Einkommensgrenze für die Bewilligung einer Zuwendung erhöht sich je unterhaltsberechtignte/n Angehörige/n um € 400, bei einer/m unterhaltsberechtignten Angehörigen mit Behinderung um € 600.)

Hinweis:

Zuwendungen für pflegende Angehörige werden generell nur dann bewilligt, **wenn ein zeitlicher Zusammenhang von längstens 12 Monaten** zwischen der Verhinderung an der Pflege und der Einbringung des Ansuchens (Antrages) gegeben ist.

12) Die Anweisung eines allfälligen Zuwendungsbetrages möge auf folgendes Konto erfolgen:

bei der (Bankinstitut):

lautend auf:

IBAN:

BIC:

Informationen zu BIC und IBAN finden Sie auf den Belegen Ihres Bankinstitutes

Ich verfüge über kein Konto und ersuche um Baranweisung eines allfälligen Zuwendungsbetrages.

13) Ich ermächtige das Sozialministeriumservice, die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten, insbesondere zu den Angaben unter Punkt 11, einzuholen bzw. zu überprüfen.

.....
(Ort, Datum)

.....
Unterschrift des Zuwendungswerbers /
der Zuwendungswerberin

Folgende Unterlagen schließe ich dem Ansuchen bei:

- meine Einkommensnachweise
- Nachweis über die Kosten der in Anspruch genommenen Ersatzpflege
- Erklärung darüber, dass private Ersatzpflege in Anspruch genommen wurde
- gegebenenfalls einen Nachweis über das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung durch einen Befundbericht
 - einer neurologischen oder psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses oder
 - einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik bzw. Ambulanz oder
 - eines gerontopsychiatrischen Zentrums oder
 - einer/eines Fachärztin/Facharztes für Psychiatrie und/oder Neurologie

Die Beibringung eines Nachweises über das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung ist nicht erforderlich, wenn ein solcher Nachweis bereits einmal vorgelegt wurde.

Bestätigung über die Durchführung der privaten Ersatzpflege:

Hiemit bestätige ich / bestätigen wir

.....
(Name der Person / Personen, die die Ersatzpflege durchgeführt hat / haben)

für die Dauer

von:

bis einschließlich:

die private Ersatzpflege für Herrn / Frau

.....
(Name des / der Pflegebedürftigen)

übernommen und dafür ein Entgelt in Höhe von

€.....

erhalten zu haben.

Ich nehme zur Kenntnis, dass das erhaltene Entgelt ein Einkommen darstellt und von mir dem Finanzamt bekannt zu geben ist.

.....
(Ort, Datum)

.....
**Unterschrift der Person/en, die die Ersatzpflege
durchgeführt hat/haben**

Bitte übermitteln Sie Ihren Antrag 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
Tel. 0463 / 58 64-0

Landesstelle Niederösterreich

Standort St. Pölten
Daniel Gran-Straße 8/3. Stock
3100 St. Pölten
Tel. 02742 / 31 22 24
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
6010 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