



# **INSTRUKCJA OPIEKUN/OPIEKUNKA**

(Merkblatt Personenbetreuung - Polnisch)

Styczeń 2015

# 1. Kolejność czynności meldunkowych

## 1. Zameldowanie się w miejscu zamieszkania w Austrii

Należy zameldować się w odpowiednim urzędzie gminy lub miasta w Austrii (stałe lub tymczasowe miejsce zamieszkania). Należy zabrać ze sobą następujące dokumenty:

- **formularz meldunkowy** - musi być podpisany przez osobę udostępniającą lokum (czyli właściciela mieszkania lub głównego najemcę). Formularz meldunkowy znajdziesz na stronie internetowej: <http://help.gv.at/Content.Node/documents/meldez.pdf> lub bezpośrednio w formie załącznika.
- **ważny paszport** lub **dowód osobisty**

## 2. potwierdzenie NeuFög (Ustawa o wspieraniu nowo tworzonych przedsiębiorstw)

Aby być zwolnionym z kosztów rejestracji działalności gospodarczej, należy udać się osobiście do serwisu rejestracyjnego (biuro regionalne lub okręgowe) Izby Gospodarczej w Twoim kraju związkowym i w przypadku pierwszej rejestracji pobrać potwierdzenie NeuFög. W ten sposób oszczędzasz na opłatach rejestracyjnych (ok. 60 EUR).

Rejestrując działalność gospodarczą, stajesz się **członkiem Izby Gospodarczej** z obowiązkiem uiszczania odpowiedniej składki (wysokość jest uzależniona od kraju związkowego).

## 3. Zarejestrowanie działalności gospodarczej

Rejestracja działalności gospodarczej odbywa się w niektórych krajach związkowych bezpośrednio w Izbie Gospodarczej, a w innych w odpowiednim urzędzie miasta ewentualnie w starostwie okręgowym. Prosimy o wcześniejsze zwrócenie się do serwisu rejestracyjnego Izby Gospodarczej, do której należysz (dane kontaktowe na str. 7).

Warunki wykonywania wolnego zawodu "opiekun/opiekunka":

- ukończony 18 rok życia
- obywatelstwo polskie
- miejsce zamieszkania w Austrii
- nie istnieją żadne przeciwwskazania (np. przestępstwo skarbowe, wyrok sądowy).

W celu zarejestrowania działalności gospodarczej należy zabrać ze sobą **następujące dokumenty**:

- **ważny paszport** lub **dowód osobisty**
- zaświadczenie o zameldowaniu z rejestru meldunkowego - tzw. "**Meldezettel**"
- **zaświadczenie o niekaralności** (oryginał lub tłumaczenie przysięgłe\*, nie starsze niż 3 miesiące), jeżeli w ciągu ostatnich 5 lat nie byłeś zameldowany w Austrii. (\*wyjątek: w kraju związkowym Vorarlberg nie ma konieczności przedkładania tłumaczenia)

Wszystkie dokumenty należy przedłożyć w **oryginale** lub jako uwierzytelnioną kopię.

Dokumenty obcojęzyczne muszą być przedłożone w oryginale razem z ich tłumaczeniem przysięgłym (z wyjątkiem: kraju związkowego Vorarlberg).

Jeżeli nie masz możliwości przedłożenia dokumentów w takiej formie, prosimy o zgłoszenie się do serwisu rejestracyjnego (adresy kontaktowe - patrz strona 7).

Działalność może być wykonywana od dnia zgłoszenia.

#### **4. Zgłoszenie do ubezpieczenia społecznego**

Zgłoszenie do ubezpieczenia społecznego jest wymagane już w pierwszym miesiącu prowadzenia działalności gospodarczej. Można dokonać tego również przy okazji zgłoszenia działalności gospodarczej w okręgowym urzędzie administracyjnym. Urząd zajmie się dalszymi czynnościami, mającymi na celu zgłoszenie do ubezpieczenia społecznego.

#### **5. Zgłoszenie do urzędu skarbowego**

W ciągu pierwszego miesiąca należy zgłosić rozpoczęcie działalności gospodarczej w urzędzie skarbowym. Zgłoszenia do urzędu skarbowego można dokonać w ramach zgłaszania działalności gospodarczej w okręgowym urzędzie administracyjnym. Urząd ten zajmie się dalszymi czynnościami mającymi na celu zgłoszenie do urzędu skarbowego.

Podczas zgłaszania działalności gospodarczej należy pobrać formularz zgłoszenia w urzędzie skarbowym („Verf24”), wypełnić go i przesać do odpowiedniego urzędu skarbowego.

#### **6. Zaświadczenie o zameldowaniu**

Obywatele EOG, którzy przebywają w Austrii dłużej niż 3 miesiące, muszą złożyć wniosek o wydanie zaświadczenia o zameldowaniu w okręgowym urzędzie administracyjnym (Wiedeń MA 35), (wzór w załączniku). Jest to dowód na prowadzenie działalności gospodarczej.

## **2. Umowa o dzieło**

Każda osoba pracująca jako opiekun/opiekunka powinna koniecznie zawrzeć ze zleceniodawcą pisemną umowę o dzieło (tzw. "umowę o opiekę").

Wzór umowy o dzieło udostępnia Federalne Ministerstwo Gospodarki i Pracy, a także Federalne Ministerstwo Ochrony Socjalnej i Konsumentckiej.

Link do zestawienia formularzy wzorów umów:

<http://www.bmwf.w.gv.at/Unternehmen/Gewerbe/Seiten/24StundenBetreuungd.aspx>

Wzór umowy można znaleźć również w załączniku.

### 3. Ubezpieczenie społeczne dla osób prowadzących działalność gospodarczą

Jako prowadzący działalność gospodarczą podlegasz obowiązkowemu ubezpieczeniu chorobowemu, emerytalnemu i wypadkowemu. Ubezpieczenie chorobowe i emerytalne reguluje ustawa GSVG, a ubezpieczenie wypadkowe ustawa ASVG.

**Obowiązkowe ubezpieczenie** zasadniczo rozpoczyna się z dniem otrzymania uprawnienia do wykonywania działalności gospodarczej ewentualnie otrzymania członkostwa w Izbie Gospodarczej.

Pomimo że urząd ds. działalności gospodarczej informuje zakład ubezpieczeń społecznych o zgłoszeniu działalności, prowadzący działalność gospodarczą jest również zobowiązany zarejestrować się w terminie jednego miesiąca. Prosimy zasięgnąć informacji w Twoim serwisie rejestracyjnym.

#### Składki na ubezpieczenie chorobowe i emerytalne (wartości na rok 2015)

Jeżeli jako opiekun/opiekunka założyłeś pierwszy raz działalność gospodarczą i nie byli wcześniej ubezpieczeni w ramach ustawy GSVG, w trakcie **pierwszych trzech lat** działalności obowiązują niższe podstawy obliczania składek, które prowadzą do oszczędności na składkach. W ten sposób wspomaga się sytuację finansową osoby rozpoczynającej własną działalność gospodarczą, a tym samym (pośrednio) samo przedsiębiorstwo.

**Składka na ubezpieczenie emerytalne** w trakcie pierwszych trzech lat kalendarzowych jest obniżona tymczasowo do 1.193,88 euro rocznie (tzn. 99,49 euro miesięcznie). **Doponownego rozliczenia** (dopłaty) dochodzi, jeżeli w danym roku, zgodnie z deklaracją podatkową, osiągnięte zostaną dochody wyższe niż 6.453,36 euro rocznie (tzn. 537,78 euro miesięcznie).

**Składka na ubezpieczenie chorobowe** wynosi w pierwszych dwóch latach kalendarzowych 493,68 euro rocznie (tzn. 41,14 euro miesięcznie) i nie dochodzi wtedy **doponownego rozliczenia**. W trzecim roku kalendarzowym dochodzi do ponownego rozliczenia, jeżeli dochód w trzecim roku był wyższy niż 6.453,36 euro rocznie (tzn. 537,78 euro miesięcznie).

Składka na ubezpieczenie wypadkowe jest niezależna od osiągniętego dochodu i wynosi 106,80 euro rocznie lub 8,90 euro miesięcznie.

#### Ubezpieczenie emerytalne (PV)

Rok kalendarzowy	Składki
1, 2 i 3 rok kalendarzowy	<ul style="list-style-type: none"><li>• Składka PV tymczasowo 99,49 € miesięcznie.</li><li>• Jeżeli dochody podlegające ubezpieczeniu przewyższają 537,78 € miesięcznie, dochodzi do dodatkowego obciążenia: obciążenie dodatkowe wylicza się z różnicy 18,50 % przychodów podlegających ubezpieczeniu i już zapłaconych składek w dotychczasowym wymiarze.</li></ul>

#### Ubezpieczenie chorobowe (KV)

Rok kalendarzowy	Składki
1. i 2 rok kalendarzowy	Składka stała 41,14 € miesięcznie, niepodlegająca podwyższeniu w przypadku wyższych dochodów.
3. rok kalendarzowy	<ul style="list-style-type: none"><li>• Składka KV tymczasowo 41,14 € miesięcznie.</li><li>• Jeżeli dochody podlegające ubezpieczeniu przewyższają 537,78 € miesięcznie, dochodzi do dodatkowego obciążenia: obciążenie dodatkowe wylicza się z różnicy 7,65 % przychodów podlegających ubezpieczeniu i już zapłaconych składek w tymczasowym wymiarze.</li></ul>

Składki w 1, 2 i 3 roku kalendarzowym

	Składki		
	miesięcznie	kwartał	rok
KV	€ 41,14*	€ 123,42*	€ 493,68*
PV	€ 99,49**	€ 298,47**	€ 1.193,88**
UV <sup>1</sup>	€ 8,90	€ 26,70	€ 106,80
SV <sup>2</sup>	€ 8,23	€ 24,69	€ 98,76
<b>Razem</b>	<b>€ 157,76</b>	<b>€ 473,28</b>	<b>€ 1.893,12</b>

**Objaśnienia:**

\*Gdy tylko wydana zostaje decyzja podatkowa, a dochody podlegające ubezpieczeniom przekraczają 537,78 € miesięcznie, od 3 roku kalendarzowego ubezpieczenie chorobowe (KV) jest podwyższane.

\*Gdy tylko wydana zostaje decyzja podatkowa, a dochody podlegające ubezpieczeniom przekraczają 537,78 € miesięcznie, od 1 roku kalendarzowego ubezpieczenie emerytalne (PV) jest podwyższane.

**Uwaga!** Od 4 roku kalendarzowego tymczasową podstawę składek oblicza się na podstawie wartości ostatecznej podstawy za okres pierwszego roku składowego (3 lata wstecz). Tymczasowe minimalne składki wzrastają w ubezpieczeniu chorobowym do 55,39 €, a w emerytalnym do 130,71 € miesięcznie. Składka na opiekę samodzielnie wykonujących działalność gospodarczą wynosi minimalnie 11,08 € na miesiąc.

<sup>1</sup> UV = ubezpieczenie wypadkowe. Składka na ubezpieczenie wypadkowe jest kwotą stałą.

<sup>2</sup> SV = dodatkowe ubezpieczenie dla prowadzących działalność Składka wynosi 1,53 % tymczasowej podstawy ubezpieczenia chorobowego. W tym przypadku nie zachodzi późniejsze dodatkowe rozliczenie.

Składki na ubezpieczenie społeczne SVA (Ubezpieczenie społeczne dla osób prowadzących działalność gospodarczą) są wyznaczane raz na kwartał i płatne na koniec drugiego miesiąca kwartału.

**Przykład**

Przyjmując że: w roku przypadają 182 dni robocze (w rytmie 14-to dniowym), honorarium EUR 50,- / dzień, wyżywienie i zakwaterowanie za darmo (= pobory w naturze); ubezpieczenie społeczne łącznie z dodatkowym ubezpieczeniem dla prowadzących działalność gospodarczą (SV) 1,53%: 157,76 € miesięcznie = 1.893,12 € / rok. Koszty dojazdu są pokrywane przez zleceniodawcę.

Wszystkie składki w EUR

honorarium (50,- € x 182 dni)	9.100,00
wyżywienie i zakwaterowanie <sup>1)</sup>	1.177,20
koszty dojazdu	1.300,00
<b>dochód roczny</b>	<b>11.577,20</b>
- 12% wydatki zryczałtowane <sup>2)</sup>	1.389,26
- ubezpieczenie społeczne <sup>3)</sup>	1.893,12
<b>wydatki rocznie</b>	<b>3.282,38</b>
<b>DOCHODY roczne <sup>4)</sup></b>	<b>8.294,82</b>

<sup>1)</sup> wyżywienie i zakwaterowanie jest doliczane jako przychód. Kwota ta wynika z wartości 98,10 € na 14 dni (196,20 € / miesiąc) zgodnie z rozporządzeniem o poborach w naturze do ustawy o podatku dochodowym.

<sup>2)</sup> W przypadku wydatków masz następującą możliwość wyboru: albo ryczałtowo 12% dochodów lub wydatki poniesione w rzeczywistości (np.: koszty dojazdu, pozostałe).

<sup>3)</sup> Zapłacone ubezpieczenie społeczne może być odliczone dodatkowo. Uwaga! W efekcie końcowym pozostaje 690,90 € ubezpieczenia emerytalnego do dopłaty.

<sup>4)</sup> Dochody są podstawą obliczania podatku dochodowego. Dochody do kwoty 11.000 € rocznie są zwolnione z podatku; podatek dochodowy w Austrii jest płacony od wartości przekroczenia poniższej kwoty (patrz strona 6).

## 4. Progi podatkowe

### Podatek obrotowy (VAT) - uregulowania prawne dotyczące małych przedsiębiorstw

Jeżeli roczne obroty (tzn. wszelkie przychody) w Austrii są niższe niż 30.000,- euro, nie wliczając podatku obrotowego (VAT) tzn. netto, nie musisz odprowadzać żadnego podatku obrotowego (VAT) - jednak nie możesz odliczać podatku VAT zawartego w otrzymanywanych rachunkach.

### Podatek dochodowy

Bazą i podstawą do wymiaru jest osiągnięty w ciągu roku dochód, wyliczony za pomocą rachunku przychodów i rozchodów (do wyboru zryczałtowana podstawa - patrz przykład) plus pozostałe uposażenia (np. wyżywienie i zakwaterowanie). Stawka podatkowa wynosi pomiędzy 0% a 50%, przy czym obowiązek zapłaty podatku dochodowego zachodzi dopiero wtedy, jeżeli roczny dochód przekroczył 11.000 Euro.

### Taryfa podatku dochodowego

Dochód w euro	Podatek dochodowy w euro
do 11.000 EUR	0
od 11.000 do 25.000 EUR	(dochód - 11.000) x 36,5%
od 25.000 do 60.000 EUR	(dochód - 25.000) x 43,2143% + 5.110
od 60.000 EUR	(dochód - 60.000) x 50% + 20.235

### Przykład

dochód 11.300 EUR

rozliczenie:  $(11.300 - 11.000) \times 36,5\% = 109,50$  EUR podatku dochodowego

## 5. Wsparcie opieki całodobowej

Aby otrzymać wsparcie, muszą być spełnione następujące wymogi: osobą wymagającą pomocy należy opiekować się przez całą dobę, musi ona otrzymywać zasitek opiekuńczy trzeciego stopnia, a miesięczny dochód netto nie może przekraczać 2.500,- €.

Dalsze informacje specyficzne dla danego kraju związkowego otrzymasz w „Sozialministeriumservice”.

Formularz „Wniosek o dofinansowanie dla samodzielnie prowadzących działalność gospodarczą - opieka całodobowa“ znajdziesz na stronie [www.pflegedaheim.at](http://www.pflegedaheim.at) Federalnego Ministerstwa Ochrony Pracy, Socjalnej i Konsumenckiej.

W celu uzasadnienia konieczności stałej opieki od 3 stopnia należy wypełnić jeszcze formularz „Potwierdzenie konieczności całodobowej opieki”.

Bezpośredni link do wniosków:

<http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/thema.html?channel=CH1691>

Oba te dokumenty znajdziesz również w załączniku.

## 6. Zakończenie działalności gospodarczej lub zgłoszenie jej zawieszenia

Jeżeli wykonywanie działalności w zakresie opieki na terenie Austrii ma zostać tymczasowo wstrzymane lub w ogóle zakończone, należy zgłosić zawieszenie wykonywania działalności we właściwej Izbie Gospodarczej lub ją zlikwidować w urzędzie ds. działalności gospodarczej. W przeciwnym razie mogą nadal powstawać zobowiązania (składki na ubezpieczenie społeczne, składki na rzecz Izby itp.), które będą egzekwowane także w kraju pochodzenia.

## 7. Osoby kontaktowe w Twoim kraju związkowym

### BURGENLAND

Serwis rejestracji działalności  
Robert-Graf-Platz 1, 7001 Eisenstadt  
Tel.: 05 90 907-2210  
Fax: 05 90 907-2115  
E-Mail: maria.eberhard@wkbgl.d.at

### NIEDERÖSTERREICH

Serwis rejestracji działalności  
Landsbergerstr. 1, 3100 St. Pölten  
Tel.: 02742/851-17700  
Fax: 02742/851-17199  
E-Mail: gruender@wknoe.at

### SALZBURG

Serwis rejestracji działalności  
Julius-Raab-Platz 1, 5027 Salzburg  
Tel.: 0662/88 88-541  
Fax: 0662/88 88-188  
E-Mail: gs@wks.at

### TIROL

Serwis rejestracji działalności  
Meinhardstraße 14, 6021 Innsbruck  
Tel.: 05 90 905-2222  
Fax: 05 90 905-1385  
E-Mail: gruenderservice@wktirol.at

### WIEN

Serwis rejestracji działalności  
Stubenring 8-10, 1010 Wien  
Tel.: 01/514 50-1050  
Fax: 01/514 50-1491  
E-Mail: gruenderservice@wkw.at

### KÄRNTEN

Serwis rejestracji działalności  
Europaplatz 1, 9021 Klagenfurt  
Tel.: 05 90 904-745  
Fax: 05 90 904-744  
E-Mail: gruenderservice@wkk.or.at

### OBERÖSTERREICH

Serwis rejestracji działalności  
Hessenplatz 3, 4020 Linz  
Tel.: 05 90 909  
Fax: 05 90 909-2800  
E-Mail: service@wkooe.at

### STEIERMARK

Serwis rejestracji działalności  
Körblergasse 111-113, 8010 Graz  
Tel.: 0316/601-600  
Fax: 0316/601-1202  
E-Mail: gs@wkstmk.at

### VORARLBERG

Serwis rejestracji działalności  
Wichnergasse 9, 6800 Feldkirch  
Tel.: 05522/305-1144  
Fax: 05522/305-108  
E-Mail: gruenderservice@wkv.at

Niniejsza ulotka informacyjna jest wynikiem współpracy wszystkich Izb Gospodarczych. W przypadku wystąpienia wątpliwości i pytań prosimy o kontakt z Izbą Gospodarczą odpowiedniego kraju związkowego. Wiedeń, tel.: (01) 51450-0, Niederösterreich, tel.: (02742) 851-0, Oberösterreich, tel.: 05 90 909-0, Burgenland, tel.: 05 90 907-0, Steiermark, tel.: (0316) 601-406, Kärnten, tel.: 05 90 904-0, Salzburg, tel.: (0662) 8888-0, Tirol, tel.: 05 90 905-0, Vorarlberg, tel.: (05522) 305-0.

**Wskazówka!** Niniejsze informacje znajdziesz również na stronie internetowej [www.gruenderservice.at](http://www.gruenderservice.at)

Serwisu rejestracji działalności gosp. Izby Gospodarczych Austrii. Dodruk, kopiowanie i rozpowszechnianie w jakiegokolwiek formie dozwolone tylko za wyraźną zgodą Izby Gospodarczych Austrii. Mimo starannej redakcji nie przejmujemy się odpowiedzialności za zawartość i treść.



### **Information für den Meldepflichtigen**

1. Eine **Anmeldung** ist innerhalb von drei Tagen ab Beziehen der Unterkunft, **eine Abmeldung innerhalb von drei Tagen vor oder nach Aufgabe** der Unterkunft vorzunehmen.
2. Bei der Anmeldung benötigen Sie folgende Dokumente:
  - Öffentliche Urkunden, aus denen Familien- oder Nach- und Vornamen, Familiennamen vor der ersten Eheschließung, Geburtsdatum, Geburtsort und Staatsangehörigkeit des Unterkunftnehmers hervorgehen, z. B. Reisepass und Geburtskunde;
  - Unterkunftnehmer, die nicht die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen (**Fremde**): Reisedokument (z. B. Reisepass);
  - wenn an der bisherigen Unterkunft aus dem Hauptwohnsitz ein „weiterer Wohnsitz“ wird, ist vor oder gleichzeitig mit Anmeldung des neuen Hauptwohnsitzes eine Ummeldung des bisherigen Hauptwohnsitzes erforderlich.
3. Für den Inhalt des Meldezettels ist, unabhängig davon, wer den Meldezettel ausfüllt, immer der Meldepflichtige verantwortlich. Kontrollieren Sie daher bitte den Meldezettel auf Vollständigkeit und Richtigkeit der Eintragungen, auch dann, wenn er von der Behörde ausgefertigt wird.
4. Ihr Hauptwohnsitz ist an jener Unterkunft begründet, an der Sie sich in der Absicht niedergelassen haben, diese zum Mittelpunkt Ihrer Lebensbeziehungen zu machen; trifft diese sachliche Voraussetzung auf mehrere Wohnsitze zu, so haben Sie jenen als Hauptwohnsitz zu bezeichnen, zu dem Sie das überwiegende Naheverhältnis haben. Für den „Mittelpunkt der Lebensbeziehung“ sind vor allem folgende Bestimmungskriterien maßgeblich: Aufenthaltsdauer, Lage des Arbeitsplatzes oder der Ausbildungsstätte, Ausgangspunkt des Weges zum Arbeitsplatz oder zur Ausbildungsstätte, Wohnsitz der übrigen, insbesondere der minderjährigen Familienangehörigen und der Ort, an dem sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen, ausgebildet werden oder die Schule oder den Kindergarten besuchen, Funktionen in öffentlichen und privaten Körperschaften. Der Hauptwohnsitz ist für die Eintragung in die „Wählerevidenz“ sowie für verschiedene andere Rechtsbereiche (z. B. Kfz-Zulassung, waffenrechtliche Urkunden, Sozialhilfe) maßgeblich.
5. Bedenken Sie bitte, dass eine Änderung des Hauptwohnsitzes oder eines weiteren Wohnsitzes auch noch weitere Mitteilungspflichten (z. B. Kfz-Zulassung, waffenrechtliche Urkunden) begründen kann.

### **Rückseite**

# Werkvertrag über Leistungen in der Personenbetreuung gemäß § 159 GewO

betreffend die Betreuung von

Frau/Herr \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

## 1. Vertragspartner

Zutreffendes ankreuzen:

**Auftraggeber (und Vertragspartner) der selbständigen Betreuungsperson ist**

- die betreuungsbedürftige Person selbst, oder
- die Sachwalterin/der Sachwalter im Namen der zu betreuenden Person oder
- dritte Personen (Angehörige, Vertrauenspersonen), die den gegenständlichen Vertrag zugunsten der zu betreuenden Person abschließen.

### a) Auftraggeber/in

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

### b) Auftragnehmer/in (Gewerbetreibender)

Name \_\_\_\_\_

Standort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

\*) Nicht Zutreffendes streichen

## 2. Vertragsgegenstand

(zutreffendes ankreuzen)

- Alle unter a) bis f) genannten Tätigkeiten

**Nur folgende Tätigkeiten:**

**a) Haushaltsnahe Dienstleistungen, insbesondere**

- Zubereitung von Mahlzeiten
- Vornahme von Besorgungen
- Reinigungstätigkeiten
- Durchführung von Hausarbeiten
- Durchführung von Botengängen
- Sorgetragung für ein gesundes Raumklima
- Betreuung von Pflanzen und Tieren
- Wäscheversorgung (Waschen, Bügeln, Ausbessern)

**b) Unterstützung bei der Lebensführung**

- Gestaltung des Tagesablaufs
- Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen

**c) Gesellschafterfunktion, insbesondere**

- Gesellschaft leisten
- Führen von Konversation
- Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Kontakte
- Begleitung bei diversen Aktivitäten

**d) Führung des Haushaltsbuches mit Aufzeichnungen über für die betreute Person getätigte Ausgaben (zwingender Vertragsbestandteil gem. § 160 Abs. 2 Z 2 GewO 1994 idgF.)**

**e) praktische Vorbereitung der betreuungsbedürftigen Person auf einen Ortswechsel**

**f) Organisation von Personenbetreuung**

Sonstige (nicht oben angeführte) Dienstleistungen, wozu auch einzelne Tätigkeiten wie z.B. die Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme, die Unterstützung bei der Körperpflege, die Unterstützung beim An- und Auskleiden, die Unterstützung bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich der Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten und die Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen zählen. Sobald jedoch Umstände vorliegen, die aus medizinischer Sicht für die Durchführung der genannten Tätigkeiten durch Laien eine Anordnung durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erforderlich machen, handelt es sich bei den angeführten Tätigkeiten um pflegerische, die einer gesonderten Übertragung bedürfen.

---

---

---

---

\*) Nicht Zutreffendes streichen

### 3. Vertragsdauer

(zutreffendes ankreuzen)

- Das Vertragsverhältnis beginnt am \_\_\_\_\_ und wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.
- Das Vertragsverhältnis ist befristet und beginnt am \_\_\_\_\_ und endet am \_\_\_\_\_ ohne dass es einer Kündigung bedarf.

### 4. Vertretung

Der Personenbetreuer/die Personenbetreuerin ist nicht persönlich leistungs verpflichtet. Der (die) Gewerbetreibende ist berechtigt, sich geeigneter Vertreter oder Gehilfen zu bedienen. Aus administrativen Gründen hat der (die) Gewerbetreibende dem Besteller sowie dem zu Betreuenden die Tatsache der Vertretung und die Person des Vertreters mitzuteilen. Für den Fall, dass sich der (die) Gewerbetreibende bei der Erfüllung des Vertrages zur Gänze oder auch nur teilweise einer Vertretung oder eines Gehilfen bedient, entsteht zwischen diesem Dritten und dem Auftraggeber kein Vertragsverhältnis.

Hinweis: Bei der Durchführung einer delegierten pflegerischen oder ärztlichen Tätigkeit ist eine Vertretung ausgeschlossen.

### 5. Abgaben und Sozialversicherung

Da es sich bei gegenständlicher Vereinbarung um einen Werkvertrag handelt, obliegt die Versteuerung des vereinbarten Werklohns dem (der) Gewerbetreibenden. Für die Abfuhr von Sozialversicherungsbeiträgen bzw. den Abschluss einer eventuellen Pflichtversicherung hat der (die) Gewerbetreibende selbst zu sorgen.

### 6. Weisungsfreiheit

Ein Weisungsrecht des/der Auftraggebers/in gegenüber dem/der Gewerbetreibenden besteht nicht.

### 7. Vermeidung einer Gefährdung von Leben oder Gesundheit

Der Betreuer / die Betreuerin hat bei der Leistungserbringung für eine Vermeidung der Gefährdung von Gesundheit und Leben der zu betreuenden Person Sorge zu tragen. Diese Verpflichtung umfasst insbesondere die Setzung von Maßnahmen der Unfallverhütung bei der Erbringung haushaltsnaher Dienstleistungen, die Rücksichtnahme auf dem zu Betreuenden auferlegte Vorschriften bei der Zubereitung von Mahlzeiten und die Berücksichtigung der körperlichen Mobilität des zu Betreuenden.

\*) Nicht Zutreffendes streichen

## 8. Handlungsleitlinien für den Alltag und den Notfall

Die betreuende Person verpflichtet sich, im Notfall und bei von ihr erkannten Änderungen des Allgemeinzustandes oder des Verhaltens der betreuungsbedürftigen Person (wie z.B. Fieber, Hautausschlag, Verdauungsstörungen, Änderungen im Ess- und Trinkverhalten, Schmerzen, Unruhe, erhöhtem Schlafbedürfnis, Teilnahmslosigkeit) folgende Person(en) zu kontaktieren

a) Name \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

b) Name \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

c) Name \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

Bei Gefahr im Verzug ist die betreuende Person verpflichtet, alle Maßnahmen zu ergreifen, die der Situation faktisch und ethisch angemessen sind, um der körperlichen Integrität und der Würde der betreuungsbedürftigen Person gerecht zu werden.

Die Zutrittsmöglichkeit für Personenbetreuer/innen zum Wohnbereich ist von der Auftraggeberin / dem Auftraggeber unbedingt sicherzustellen. Sollte der/die Auftraggeber/in nicht in der Lage sein, für den Zutritt in den Wohnbereich selbst zu sorgen oder den Zutritt durch eine Vertrauensperson sicherzustellen, ist der Zutritt durch folgende Zugangsmöglichkeiten sichergestellt (**Zutreffendes ankreuzen**):

- Schlüsselsafe
- Zweitschlüssel
- Hinterlegung bei Vertrauensperson

\*) Nicht Zutreffendes streichen

## 9. Entgelt

(zutreffendes ankreuzen)

Der Werklohn für die zu erbringenden Leistungen beträgt

- \_\_\_\_\_ EUR incl. Ust. pro Stunde
- \_\_\_\_\_ EUR incl. Ust. Pro Woche
- \_\_\_\_\_ EUR incl. Ust. pro Monat
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

und ist

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- in bar zu leisten
- auf das Konto bei der  
Bank \_\_\_\_\_  
BLZ \_\_\_\_\_  
Kt. Nr. \_\_\_\_\_  
lautend auf \_\_\_\_\_

zu überweisen.

## 10. Endigung/Kündigung des Vertrages

Der Personenbetreuungsvertrag wird durch den Tod der betreuungsbedürftigen Person aufgelöst. Der/die Gewerbetreibende hat ein bereits im Voraus gezahltes Entgelt anteilig zu erstatten. Der Vertrag kann von beiden Vertragspartnern unter Einhaltung einer zweiwöchigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendermonats aufgelöst werden.

## 11. Dokumentation

Der/die Personenbetreuer/in verpflichtet sich, eine ausreichende und regelmäßige Dokumentation über die erbrachten Leistungen zu führen und diese dem/der Auftraggeber/in sowie allenfalls jenen Angehörigen von Gesundheitsberufen, in deren Behandlung oder Pflege die betreute Person steht, zugänglich zu machen.

Auftraggeber/in

Auftragnehmer (Betreuer/in)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift

\*) Nicht Zutreffendes streichen

# Befund

## zur Beurteilung der Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung

---

Sehr geehrte Frau Doktorin!  
Sehr geehrter Herr Doktor!

Ihr/e nachstehend genannte/r Patient/in hat beim Bundessozialamt einen Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung gemäß § 21b des Bundespflegegeldgesetzes eingebracht. Bei Bezieher/innen eines Pflegegeldes der Stufen 3 und 4 ist die Notwendigkeit der 24-Stunden-Betreuung Gegenstand einer gesonderten Beurteilung. Wir dürfen Sie daher ersuchen, die nachstehenden Fragen vollständig zu beantworten und danken im Voraus für Ihre Mithilfe.

Frau       Herr

..... [Name] ..... [Versicherungsnummer] .....

wohnhaft in .....

steht bei mir seit ..... in ärztlicher Behandlung/Betreuung.

**Funktionelle Defizite:** .....

.....

**Angaben zur Mobilität:** .....

.....

**Diagnosen (in deutscher Sprache):** .....

.....

**Relevante diagnostische Befunde:** .....

.....

**Therapien und Medikation:** .....

.....

Sonstige Bemerkungen: .....

.....

Bitte beantworten Sie ergänzend die nachstehenden Fragen, wenn deren Klärung nicht bereits durch obige Ausführungen erfolgt ist.

Ist der/die Patient/in in der Lage

• getroffene Vereinbarungen zum Tagesablauf einzuhalten (Kontraktfähigkeit)  ja  nein

• während der Nachtstunden das Bett zur Verrichtung der Notdurft - zumindest auf einem Leibstuhl - alleine zu verlassen  ja  nein

---

[Datum]

[Stempel und Unterschrift]

EU-Passbild  
für Lichtbildausweis für  
EWR-Bürger oder  
Daueraufenthaltskarte  
00

▲ Unterschrift (oder Unterschrift des gesetzlichen Vertreters) ▲ 01

**Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt,  
nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Frauen und Männer in gleicher Weise**  
Zutreffendes bitte ankreuzen ☑

Behördenvermerke

An 02

Three yellow rectangular input fields for address information.

## ANTRAG AUF AUSSTELLUNG

- einer ANMELDEBESCHEINIGUNG für EWR-Bürger 03
- eines LICHTBILDAUSWEISES für EWR-Bürger 04
- einer DAUERAUFENTHALTSKARTE 05

### A. Antragsteller

Familienname(n) 06

Yellow input field for family name.

frühere Familienname(n) 07

Yellow input field for previous family name.

Vorname(n) 08

Yellow input field for first name.

Geburtsdatum 09

Yellow input field for date of birth.

Geschlecht

männlich 10

weiblich 11

Familienstand

ledig 12

verheiratet 13

geschieden 14

verwitwet 15

Staatsangehörigkeit(en) 16

Yellow input field for nationality.

seit 17

Yellow input field for duration.

frühere Staatsangehörigkeit(en) 18

Yellow input field for previous nationality.

seit 19

Yellow input field for previous duration.

Art des Reisedokument / Personalausweis

Reisepass 20

Dienstpass 21

Diplomatenpass 22

Personalausweis 23

24

Nummer 25

Yellow input field for number.

Datum der Ausstellug 26

Yellow input field for issue date.

Ort der Ausstellung 27

Yellow input field for issue location.

gültig bis 28

Yellow input field for validity period.

### B. Wohnsitz des Antragstellers

Straße, Hausnummer, Türnummer 29

Yellow input field for address.

PLZ 30

Yellow input field for postal code.

Ort 31

Yellow input field for location.

Telefonnummer 32

Yellow input field for phone number.

E-Mail-Adresse 33

Yellow input field for email address.

## **Zusatz für Anmeldebescheinigung für EWR-Bürger 34**

### **Angaben über die Niederlassung des Antragstellers in Österreich**

Der Antragsteller ist in Österreich

- Arbeitnehmer 35
- Selbständiger 36
- Schüler / Studierender (Ausbildung) 37
- Privatier (sonstige Angelegenheiten) 38

Der Antragsteller ist Angehöriger als

- Ehegatte eines EWR-Bürgers 39
- Verwandter des EWR-Bürgers oder seines Ehegatten in gerader absteigender Linie 40
- Verwandter des EWR-Bürgers oder seines Ehegatten in gerader aufsteigender Linie 41
- Lebenspartner 42
- sonstiger Angehöriger des EWR-Bürgers 43

### **Zum Nachweis des Rechts sind folgende Unterlagen vorzulegen (im Original und in Kopie): 44**

- gültiger Personalausweis oder Reisepass

#### **Entsprechend der Angaben bezüglich der Niederlassung des Antragstellers zusätzlich nachstehende Nachweise:**

- Arbeitnehmer: Bestätigung des Arbeitgebers
- Selbständiger: Nachweis der Selbständigkeit
- Schüler/Studierender (Ausbildung): Nachweis über eine ausreichende Krankenversicherung  
Zulassung zu einer Schule oder Bildungseinrichtung  
Erklärung oder sonstige Dokumente über ausreichende Existenzmittel
- Privatier (sonstige Angelegenheit): Nachweis über eine ausreichende Krankenversicherung  
Nachweis über ausreichende Existenzmittel
- Ehegatte: urkundlicher Nachweis des Bestehens der Ehe
- Verwandter in gerader absteigender Linie bis zum 21. Lebensjahr: urkundlicher Nachweis über das Bestehen einer familiären Beziehung
- Verwandter in gerader absteigender Linie nach dem 21. Lebensjahr: urkundlicher Nachweis über das Bestehen einer familiären Beziehung  
Nachweis über die tatsächliche Unterhaltsgewährung
- Verwandter in gerader aufsteigender Linie: urkundlicher Nachweis über das Bestehen einer familiären Beziehung  
Nachweis über die tatsächliche Unterhaltsgewährung
- Lebenspartner: Nachweis des Bestehens einer dauerhaften Beziehung mit dem EWR-Bürger im Herkunftsstaat
- sonstiger Angehöriger des EWR-Bürgers: urkundlicher Nachweis einer zuständigen Behörde des Herkunftsstaates der Unterhaltsleistung des EWR-Bürgers oder des Lebens in häuslicher Gemeinschaft oder der Nachweis der schwerwiegenden gesundheitlichen Gründe, die die persönliche Pflege durch den EWR-Bürger zwingend erforderlich machen

## **Zusatz für Lichtbildausweis für EWR-Bürger 45**

Geburtsort 46

Körpergröße 47

Augenfarbe 48

--	--	--

### **Zum Nachweis des Rechts sind folgende Unterlagen vorzulegen (im Original und in Kopie): 49**

- gültiger Personalausweis oder Reisepass
- Anmeldebescheinigung

## Zusatz für Daueraufenthaltskarte 50

Geburtsort 51

Körpergröße 52

Augenfarbe 53

--	--	--

## Angaben über die Niederlassung des Antragstellers in Österreich

Der Antragsteller ist

- Ehegatte eines EWR-Bürgers 54  
 Verwandter des EWR-Bürgers oder seines Ehegatten in gerader absteigender Linie 55  
 Verwandter des EWR-Bürgers oder seines Ehegatten in gerader aufsteigender Linie 56

## Angaben zum EWR-Bürger

Familienname(n) 57

Vorname 58

--	--

Staatsangehörigkeit 59

Geburtsdatum 60

Geschlecht

		<input type="checkbox"/> männlich 61	<input type="checkbox"/> weiblich 62
--	--	--------------------------------------	--------------------------------------

### Zum Nachweis des Rechts sind folgende Unterlagen vorzulegen (im Original und in Kopie): 63

- gültiger Personalausweis oder Reisepass

#### Entsprechend der Angaben bezüglich der Niederlassung des Antragstellers zusätzlich nachstehende Nachweise:

- Ehegatte: urkundlicher Nachweis des Bestehens der Ehe
- Verwandter in gerader absteigender Linie bis zum 21. Lebensjahr: urkundlicher Nachweis über das Bestehen einer familiären Beziehung
- Verwandter in gerader absteigender Linie nach dem 21. Lebensjahr: urkundlicher Nachweis über das Bestehen einer familiären Beziehung  
Nachweis über die tatsächliche Unterhaltsgewährung
- Verwandter in gerader aufsteigender Linie: urkundlicher Nachweis über das Bestehen einer familiären Beziehung  
Nachweis über die tatsächliche Unterhaltsgewährung

Ich versichere, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen und unter Anschluss aller mir zur Verfügung stehenden Belege vollständig erstattet zu haben. Nicht deutsch-sprachige Belege sind auf Verlangen in deutschsprachiger Übersetzung vorzulegen.

Ort

Datum

Unterschrift

--	--	--

Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters (für nicht eigenberechtigte Person)

--

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

--

An das  
Sozialministeriumservice  
Landesstelle

Eingangsstempel
-----------------

## ANSUCHEN

auf Gewährung eines Zuschusses zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung gemäß § 21b  
des Bundespflegegeldgesetzes (selbständige Erwerbstätigkeit)

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen

### Daten der pflegebedürftigen Person

Familienname/Nachname:	Vorname:	VSNR (Geburtsdatum):
Anschrift:		Telefonnummer:
Kontaktperson:		Telefonnummer:

### Daten des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

Nur auszufüllen, wenn der Zuschusswerber/die Zuschusswerberin 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

**Daten der Betreuungskraft 1:**

Familienname/Nachname:	Vorname:	österreichische VSNR (Geburtsdatum):
Staatsangehörigkeit:	Beginn des Betreuungsverhältnisses:	
Qualifikation: (Nachweise in Kopie an- schließen)	Eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbil- dung 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:		

**Daten der Betreuungskraft 2:**

Familienname/Nachname:	Vorname:	österreichische VSNR (Geburtsdatum):
Staatsangehörigkeit:	Beginn des Betreuungsverhältnisses:	
Qualifikation: (Nachweise in Kopie an- schließen)	Eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbil- dung 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:		

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

3       4       5       6       7

Bezieht die pflegebedürftige Person ein Pflegegeld der Stufen 3 oder 4, ist zur Feststellung der Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung ein durch den behandelnden (Fach-)Arzt / die behandelnde (Fach-)Ärztin ausgestellter Befundbericht vorzulegen.

**Bitte verwenden Sie das dafür vorgesehene Formular „Befund zur Beurteilung der Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung“.**

### Einkommen der pflegebedürftigen Person

Das monatliche Netto-Einkommen beträgt: €

(Als Einkommen gilt grundsätzlich jede regelmäßig zufließende Geldleistung. **Nicht** zum Einkommen zählen Pflegegeld oder vergleichbare Leistungen auf Grund bundes- oder landesgesetzlicher Vorschriften, Sonderzahlungen, Grundrenten nach den Sozialentschädigungsgesetzen, Versehrtenrenten oder vergleichbare Leistungen, Familienbeihilfen, Studienbeihilfen, Wohnbeihilfen, Kinderbetreuungsgeld, Leistungen nach den Sozialhilfegesetzen der Länder oder vergleichbare Leistungen, Familienförderungen nach landesgesetzlichen Vorschriften. Einkommensgrenze: **€ 2.500** netto monatlich)

### Sorgepflichten der pflegebedürftigen Person für unterhaltsberechtigte Angehörige

nein  ja

wenn ja, Anzahl und Verwandtschaftsverhältnis:

(Die Einkommensgrenze - **€ 2.500** netto monatlich für die Bewilligung einer Zuwendung erhöht sich je unterhaltsberechtigtem Angehörigen um € 400,-- und bei einem behinderten unterhaltsberechtigten Angehörigen um € 600,--).

Wurde bei einer anderen Stelle (z.B. Land) eine gleichartige Förderung zur 24-Stunden-Betreuung beantragt oder zuerkannt?

nein

ja ab/seit \_\_\_\_\_ in Höhe von mtl.

von (Behörde, zuerkennende Stelle)

Die Anweisung des Zuschusses möge auf folgendes Konto erfolgen:

bei (Bankinstitut):

lautend auf (KontoinhaberIn):

BIC:

IBAN:

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

**Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die Überweisung laufender Zahlungen auf das angegebene Konto erst nach Vorlage einer von Ihrem Kreditinstitut unterfertigten Kontoerklärung erfolgen kann.**

Ich verfüge über kein Konto und ersuche um Baranweisung des Zuschusses

## Voraussetzungen und Erklärungen

- 1) Ich nehme außerdem zur Kenntnis, dass
  - a) eine Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds nur unter den vorstehend genannten Bedingungen gewährt wird;
  - b) auf Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds kein Rechtsanspruch besteht;
  - c) Personen, die eine Pflegekarenz oder eine Pfl egeteilzeit vereinbart haben, für die vereinbarte Dauer keine Förderung einer 24-Stunden-Betreuung beziehen können.
- 2) Ich **verpflichte** mich, die Zuwendung zurückzuzahlen, wenn
  - a) ich wesentliche Umstände verschwiegen oder unwahre Angaben gemacht habe,
  - b) die Zuwendung widmungswidrig verwendet wurde oder
  - c) die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung vereitelt wird.
- 3) Ich **verpflichte** mich, jederzeit die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung zu ermöglichen und alle Umstände, die Auswirkungen auf die Zuwendung haben könnten, unverzüglich zu melden.
- 4) Ich erkläre hiermit verbindlich, dass meine Angaben wahr und vollständig sind und **erkläre** weiters, dass
  - 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.
- 5) 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.
- 6) Ich ermächtige das Sozialministeriumservice, die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu überprüfen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der pflegebedürftigen Person  
bzw. der gesetzlichen Vertretung

Ist der Zuschusswerber / die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

- 7) 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.

---

(Ort, Datum)

---

Unterschrift der pflegebedürftigen Person  
bzw. der gesetzlichen Vertretung

Ist der Zuschusswerber / die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person

---

(Ort, Datum)

---

Unterschrift des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

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

- letzter rechtskräftiger Bescheid / letztes Urteil über den Pflegegeldbezug
- Nachweis über das Einkommen der pflegebedürftigen Person
- bei Bezug eines Pflegegeldes der Stufen 3 und 4: Befundbericht durch den behandelnden (Fach-)Arzt / die behandelnde (Fach-)Ärztin
- Nachweise über allfällige Unterhaltsverpflichtungen der pflegebedürftigen Person
- 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 A 1 / E 101)
  - 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
- zutreffendenfalls ein Nachweis über die Bestellung zum Sachwalter / zur Sachwalterin für die pflegebedürftige Person
- zutreffendenfalls eine Vertretungsvollmacht (= Vertretungsbefugnis vom Notar oder Vorsorgevollmacht)
- zutreffendenfalls Kontoerklärung

### Erklärung der Betreuungskraft 1:

Hiermit erkläre ich,

.....  
(Name der Betreuungskraft)

.....  
(Adresse der Betreuungskraft in Österreich)

- bei der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft 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 € .....

Ich erkläre meine Zustimmung, dass das Sozialministeriumservice 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)

### Erklärung der Betreuungskraft 2:

Hiermit erkläre ich,

.....  
(Name der Betreuungskraft)

.....  
(Adresse der Betreuungskraft in Österreich)

- bei der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft 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 € .....

Ich erkläre meine Zustimmung, dass das Sozialministeriumservice 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 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 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**