

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).

Einkommengrenze: € 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.)

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