

**Allgemeine Information:**

Antrag auf Kostenersatz für COVID-19 Testungen von 24-Stunden-Betreuungspersonen, die zwischen dem 15.03.2020 und dem 31.12.2020 bzw. dem Beginn des Screening-Programms in der 24-Stunden-Betreuung durchgeführt wurden.

## Kostenersatz für COVID19 Testungen von 24-Stunden-Betreuungspersonen – Antrag

<b>Bitte beachten Sie:</b>	<b>*</b>	<b>Angabe(n) erforderlich</b>	<b>i</b>	<b>Information zum Ausfüllen</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Zutreffendes bitte ankreuzen</b>
----------------------------	----------	-------------------------------	----------	----------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

**Antragstellende Person \***

<input type="checkbox"/> Betreute Person	<input type="checkbox"/> Betreuungsperson
--	---

<input type="checkbox"/> *	Ich beantrage einen Kostenersatz für COVID-19 Testungen, die privat organisiert worden sind und vor Antritt des Betreuungsturnus, d.h. bei der Einreise nach Österreich, stattgefunden haben.
<input type="checkbox"/> *	Außerdem bestätige ich, dass zum Zeitpunkt der Testung(en) ein aufrechter Betreuungsvertrag bestand oder binnen 1 Woche nach der/den Testung(en) abgeschlossen wurde.
<input type="checkbox"/> *	Ich versichere zudem, dass seitens der betreuten Person oder der Betreuungsperson für die jeweils durchgeführte Testung noch kein Kostenersatz beantragt wurde.
<b>i</b>	<i>Die Kosten pro Test werden nur bis zu einer maximalen Höhe von 85,00€ (inländische Tests) bzw. 60,00€ (ausländische Tests) ersetzt. Für jeden Kalendermonat kann ein Kostenersatz pro Betreuungsperson beantragt werden.</i>

Nachname *	<input type="text"/>	akad. Grad	<input type="text"/>
Vorname/n *	<input type="text"/>	Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
SV-Nummer *	<input type="text"/>	Pflegegeldstufe*	<input type="text"/>
Straße *	<input type="text"/>	Hausnummer/Tür *	<input type="text"/>
Postleitzahl *	<input type="text"/>	Ort *	<input type="text"/>
Telefon *	<input type="text"/>	E-Mail *	<input type="text"/>

**Findet die 24-Stunden-Betreuung an der oben angeführten Adresse statt? \***

Ja  Nein

**Wenn nein, Adresse der 24-Stunden-Betreuung: \***

<input type="text"/>
----------------------

## Kontodaten der österreichischen Bankverbindung

IBAN \*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kontoinhaber/in \_\_\_\_\_

i Die Anweisung des Kostenersatzes erfolgt ausschließlich auf das angegebene Konto.

## Angaben zur Betreuungsperson bzw. zur betreuten Person

Wenn Sie als betreute Person den Antrag stellen, geben Sie bitte nun die Daten Ihrer Betreuungsperson(en) an.

Wenn Sie hingegen als Betreuungsperson den Antrag stellen, geben Sie bitte nun die Daten Ihrer betreuten Person(en) an.

### 1. Betreuungsperson/Betreute Person

Vorname/n *	_____	akad. Grad	_____
Nachname *	_____	Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
SV-Nummer *	_____		
Datum der Testung(en) *	_____		
Ort(e) der Testung(en):	_____		

### 2. Betreuungsperson/Betreute Person

Vorname/n *	_____	akad. Grad	_____
Nachname *	_____	Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
SV-Nummer *	_____		
Datum der Testung(en) *	_____		
Ort(e) der Testung(en):	_____		

### 3. Betreuungsperson/Betreute Person

Vorname/n *	_____	akad. Grad	_____
Nachname *	_____	Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
SV-Nummer *	_____		
Datum der Testung(en) *	_____		
Ort(e) der Testung(en):	_____		

#### 4. Betreuungsperson/ Betreute Person

Vorname/n *	_____	akad. Grad	_____
Nachname *	_____	Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
SV-Nummer *	_____		
Datum der Testung(en) *	_____		
Ort(e) der Testung(en):	_____		

#### 5. Betreuungsperson/Betreute Person

Vorname/n *	_____	akad. Grad	_____
Nachname *	_____	Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
SV-Nummer *	_____		
Datum der Testung(en) *	_____		
Ort(e) der Testung(en):	_____		

#### 6. Betreuungsperson/Betreute Person

Vorname/n *	_____	akad. Grad	_____
Nachname *	_____	Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
SV-Nummer *	_____		
Datum der Testung(en) *	_____		
Ort(e) der Testung(en):	_____		

#### 7. Betreuungsperson/Betreute Person

Vorname/n *	_____	akad. Grad	_____
Nachname *	_____	Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
SV-Nummer *	_____		
Datum der Testung(en) *	_____		
Ort(e) der Testung(en):	_____		

### Beilagen: Folgende Unterlagen sind in Kopie anzuschließen

- \* Honoranten(n) der Betreuungsperson(en): Bitte legen Sie die Honoranten(n), des auf die Testung(en) folgenden Betreuungsturnus bei.
- \* Rechnungsbeleg: Legen Sie bitte den Rechnungsbeleg des Labortests oder die monatliche Honorarnote der Betreuungsperson, auf der die Kosten der Testung angeführt sind, bei.
- \* Zahlungsbestätigung: Bitte übermitteln Sie eine Zahlungsbestätigung, aus der hervorgeht, dass die betreute Person den Rechnungsbeleg bezahlt hat. **Bitte verwenden Sie dazu das beigefügte Formular „Bestätigung der Betreuungsperson über die Erstattung der Testkosten“.**

### Datenschutzrechtliche Bestimmungen

- \* **Ich nehme zur Kenntnis, dass** die von mir bekanntgegebenen Daten und jene Daten, die die Behörde im Zuge des Ermittlungsverfahrens erhält, auf Grund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit den diesem Verfahren zugrundeliegenden Materiengesetzen automationsunterstützt verarbeitet werden und zum Zweck der Abwicklung des von mir eingeleiteten Verfahrens, der Beurteilung des Sachverhalts, der Erteilung der Bewilligung sowie auch zum Zweck der Überprüfung verarbeitet werden  
Ich habe die allgemeinen Informationen
  - zu den mir zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf
- \*
  - und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit;
  - zum mir zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichische Datenschutzbehörde;
  - zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragtenauf der Datenschutz-Informationseite (<https://datenschutz.stmk.gv.at>) oder am beigefügten Datenschutz Informationsblatt gelesen.

### Erklärung

#### Ich erkläre ausdrücklich,

- dass sämtliche Informationen vollständig und wahrheitsgemäß offengelegt wurden.

#### Ich verpflichte mich, dass

- ich Änderungen der für die Leistung maßgeblichen Umstände unverzüglich dem Referat für Pflegemanagement melden werde.

#### Ich nehme zur Kenntnis, dass

- der Antrag ausschließlich durch die betreute Person, deren Vertretung oder deren Betreuungsperson gestellt werden kann.
- die betreute Person ihren Hauptwohnsitz in der Steiermark haben und die 24-Stunden-Betreuung in der Steiermark stattfinden muss.
- die Verletzung der Mitteilungspflicht Sanktionen nach sich ziehen kann. Insbesondere können falsche Angaben oder das Verschweigen maßgebender Tatsachen die Rückforderung der bezogenen Förderung bewirken. Außerdem kann in solchen Fällen eine (Verwaltungs-) Strafanzeige gegen mich erstattet werden.
- die Auszahlung des Kostenersatzes im Nachhinein gegen Vorlage des Nachweises der angefallenen Kosten erfolgt.
- die Kosten nur für Testungen, die zwischen dem 15.03.2020 und dem 31.12.2020 bzw. dem Beginn des Screeningprogramms in der 24-Stunden-Betreuung erfolgt sind, ersetzt werden.
- die Kosten je Testung nur bis zu einer maximalen Höhe von 85,00€ (inländische) bzw. 60,00€ (ausländische) ersetzt werden.
- für jeden Kalendermonat nur ein Kostenersatz pro Betreuungsperson gewährt wird.
- die Förderung nur unter den vorstehend genannten Bedingungen gewährt wird und darauf kein Rechtsanspruch besteht.

#### Ich stimme der elektronischen Kommunikation per E-Mail zu.

## Unterschrift

Ort* _____		-----			
Datum* (tt.mm.jjjj) _____		Unterschrift*			
<b>Unterschrift wurde geleistet durch:*</b>					
Antragsteller/in	<input type="checkbox"/>	gerichtliche/n Erwachsenenvertreter/in (Sachwalter/in)	<input type="checkbox"/>	vertretungsbefugte/n nächste/n Angehörige/n	
gesetzliche/n Vertreter/in	<input type="checkbox"/>	gesetzliche/n Erwachsenenvertreter/in	<input type="checkbox"/>	gewählte/n Erwachsenenvertreter/in	
Bevollmächtigte/r					
Familienname	_____	Vorname/n	_____	akad. Grad	_____
Straße	_____		Hausnummer/Tür	_____	
Postleitzahl	_____	Ort	_____		
Telefon	_____		E-Mail	_____	

\* Bei Vollmacht: Bitte um zusätzliche Übermittlung einer Kopie der jeweiligen Vollmacht!