



## BUNDESZOZIALAMT

An das  
Bundessozialamt  
Landesstelle

Eingangsstempel

--

**Betrifft: Zuschuss zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung  
( Wechsel einer selbständigen Betreuungskraft  
oder zusätzliche selbständige Betreuungskraft )**

Daten der pflegebedürftigen Person:

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

**Ist nur auszufüllen, wenn der Zuschussbezieher/die Zuschussbezieherin nicht  
die pflegebedürftige Person ist.**

Familienname/Nachname:	Vorname:	VSNR (Geburtsdatum):
Anschrift:		Telefonnummer:
Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person:		.....
gesetzliche/r Vertreter/in <input type="checkbox"/> oder Sachwalter/in <input type="checkbox"/> :		<input type="checkbox"/> <b>JA</b>
Vertretungsbevollmächtigte/r		<input type="checkbox"/> <b>JA</b>



## **Nur auszufüllen bei Wechsel der Betreuungskraft!**

bisherige Betreuungskraft:		
Familienname/Nachname:	Vorname:	Österr. VSNR oder Geburtsdatum:
<b>Lösung des Betreuungsverhältnisses mit Wirkung vom .....</b>		

An deren Stelle übernimmt folgende Betreuungskraft die Betreuung:		
Familienname/Nachname:	Vorname:	österreichische VSNR (Geburtsdatum):
Staatsangehörigkeit:		
<b>Qualifikation:</b>		
<input type="checkbox"/> theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbildung eines Heimhelfers/einer Heimhelferin entspricht oder		
<input type="checkbox"/> eine seit mindestens sechs Monaten andauernde, sachgerechte Betreuung der pflegebedürftigen Person		
<input type="checkbox"/> liegt bereits vor                      bzw. <input type="checkbox"/> ist geplant                      oder		
<input type="checkbox"/> Befugnis zu pflegerischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten wurde erteilt		
<b>Beginn des neuen Betreuungsverhältnisses mit: .....</b>		

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

Daten der zusätzlichen Betreuungskraft:		
Familienname/Nachname:	Vorname:	österreichische VSNR (Geburtsdatum):
Staatsangehörigkeit:		
<b>Qualifikation:</b>		
<input type="checkbox"/> theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbildung eines Heimhelfers/einer Heimhelferin entspricht oder		
<input type="checkbox"/> eine seit mindestens sechs Monaten andauernde, sachgerechte Betreuung der pflegebedürftigen Person		
<input type="checkbox"/> liegt bereits vor                      bzw. <input type="checkbox"/> ist geplant                      oder		
<input type="checkbox"/> Befugnis zu pflegerischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten wurde erteilt		
<b>Beginn des Betreuungsverhältnisses mit: .....</b>		

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

- 1) 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 Hausbetreuungsgesetzes** 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,

**2) Ich erkläre, dass die Betreuungskraft bzw. die Betreuungskräfte**

- a) über eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen derjenigen eines/r Heimhelfers/in entspricht, verfügt bzw. verfügen **oder**
- b) seit mindestens sechs Monaten die Betreuung der pflegebedürftigen Person sachgerecht durchgeführt hat bzw. haben **oder**
- c) über eine fachspezifische Ermächtigung zu pflegerischen oder ärztlichen Tätigkeiten verfügt bzw. verfügen

**oder**

- Die Betreuung dauert noch nicht sechs Monate an. Ich ersuche daher um Gewährung der Förderung als Vorschuss. Ich erkläre mich bereit, einen Hausbesuch durch eine diplomierte Fachkraft innerhalb der nächsten Monate durchführen zu lassen.

\_\_\_\_\_  
(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

Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizuschließen:

- Bestätigung der Anmeldung der neuen Betreuungskraft beim österreichischen Sozialversicherungsträger = **Versicherungsbestätigung von der SVA der Gewerblichen Wirtschaft** über die Pflichtversicherung (**Vollversicherung**) auf Grund eines Gewerbescheines gemäß § 2 Abs.1 Z 1 GSVG und dass keine Ausnahme gemäß § 4 Abs. 1 Z 7 GSVG beantragt wurde – **wenn nicht abgeschlossen, möge die Bestätigung vom Bundessozialamt eingeholt werden**  
oder
- bei einer Betreuungskraft aus einem anderen EU-Mitgliedstaat, die vom der Versicherungspflicht beim österreichischen Sozialversicherungsträger = SVA der gewerblichen Wirtschaft befreit ist (**E 101**), ein Nachweis über
  - die bestehende Sozialversicherung in diesem EU-Staat auf Grund der dortigen selbständigen Tätigkeit der Betreuungskraft  
und
  - die Einsatzzeit der Betreuungskraft von mindestens 48 Stunden pro Woche
- österreichischer Meldezettel der neuen Betreuungskraft (bei der pflegebedürftigen Person)
- die von der neuen Betreuungskraft ausgefüllte und unterschriebene Erklärung
- Sofern Punkt **2 a)** oder **2 c)** zutrifft:  
ein Nachweis über die Ausbildung (in Deutsch) bzw. die Ermächtigung der Betreuungsperson/en zu bestimmten pflegerischen oder ärztlichen Tätigkeiten

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 unerlässlichen Daten einholt bzw. überprüft.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift der Betreuungskraft)

## Adressen der jeweiligen Landesstellen des Bundessozialamtes:

### **Bundessozialamt Landesstelle Burgenland**

Hauptstraße 33a  
7000 Eisenstadt

### **Bundessozialamt Landesstelle Kärnten**

Kumpfgasse 23 – 25  
9020 Klagenfurt

### **Bundessozialamt Landesstelle Niederösterreich**

*Standort Wien*  
Babenbergerstraße 5  
1010 Wien

### **Bundessozialamt Landesstelle Oberösterreich**

Gruberstraße 63  
4021 Linz

### **Bundessozialamt Landesstelle Salzburg**

Auerspergstraße 67a  
5020 Salzburg

### **Bundessozialamt Landesstelle Steiermark**

Babenbergerstraße 35  
8021 Graz

### **Bundessozialamt Landesstelle Tirol**

Herzog Friedrichstraße 3  
6010 Innsbruck

### **Bundessozialamt Landesstelle Vorarlberg**

Rheinstraße 32/3  
6900 Bregenz

### **Bundessozialamt Landesstelle Wien**

Babenbergerstraße 5  
1010 Wien