

Allgemeine Information:

Antrag auf den Betreuungsbonus für 24-Stunden-Betreuungskräfte, die ihren Turnus im Zeitraum der Pandemie (neuartiges Coronavirus) bzw. längstens bis zum 31.12.2020 um zumindest 4 Wochen verlängert haben.

Betreuungsbonus für die 24-Stunden-Betreuung – Antrag

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

1. Antrag

Ich beantrage einen **Betreuungsbonus für die 24-Stunden-Betreuung in Höhe von € 500.**

Dauer des normalen Turnus i

von (tt.mm.jjjj) * _____ bis (tt.mm.jjjj) * _____

Dauer des verlängerten Turnus

von (tt.mm.jjjj) * _____ bis (tt.mm.jjjj) * _____

i Der „normale Turnus“ ergibt sich aus dem Werkvertrag bzw. bei laufendem Wechsel der Betreuungskräfte aus der bisherigen Dauer des Turnus. Kann der „normale Turnus“ nicht ermittelt werden (z.B. neue Betreuungskräfte) ist von einer Dauer von 2 Wochen auszugehen.

1.1 Betreute Person

| | | | |
|-----------------------|-------|------------------|---|
| Familienname * | _____ | akad. Grad | _____ |
| Vorname/n * | _____ | Geschlecht * | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| Geburtsdatum * | _____ | Geburtsort * | _____ |
| Staatsangehörigkeit * | _____ | SV-Nummer * | _____ |
| Pflegegeldstufe * | _____ | | |
| Straße * | _____ | Hausnummer/Tür * | _____ |
| Postleitzahl * | _____ | Ort * | _____ |
| Telefon * | _____ | E-Mail* | _____ |

| | |
|--|-------------------------------|
| Kontodaten der betreuten Person | |
| IBAN * i | Bank* |
| Erhält die betreute Person eine Förderung der 24-Stunden-Betreuung?* | |
| <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Wenn nein, warum nicht? | |
| | |
| i Die Anweisung des Bonus erfolgt ausschließlich auf ein Konto der betreuten Person. Die betreute Person ist verpflichtet, den Bonus an die Betreuungskraft weiterzugeben. | |

1.2 Betreuungsperson

| | |
|--|--|
| Familienname * | akad. Grad |
| Vorname/n * | Geschlecht * <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| Geburtsdatum * | Geburtsort * |
| Staatsangehörigkeit * | SV-Nummer * |
| Straße * i | Hausnummer/Tür * i |
| Postleitzahl * i | Ort * i |
| Staat * i | |
| Name der Betreuungsagentur | |
| Bitte geben Sie hier die Heimatadresse der Betreuungsperson an. | |
| i Die Anweisung des Bonus erfolgt ausschließlich auf ein Konto der betreuten Person. Die betreute Person ist verpflichtet, den Bonus an die Betreuungskraft weiterzugeben. | |

2. Vertretungen und Angehörige

2.1 Gerichtliche/r Erwachsenenvertreter/in / Sachwalterschaft

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Gerichtliche/r Erwachsenenvertreter/in bzw. Sachwalter/in * i | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Verfahren anhängig | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Bezirksgericht | | |
| Bestellungsdatum | | |
| Familienname | | |

| | | | |
|--------------|-------|----------------|-------|
| Vorname/n | _____ | akad. Grad | _____ |
| Telefon | _____ | E-Mail | _____ |
| Straße | _____ | Hausnummer/Tür | _____ |
| Postleitzahl | _____ | Ort | _____ |

i Bei Antwort „JA“ bitte Nachstehendes ausfüllen

2.2 **Gesetzliche Erwachsenenvertretung** / **Gesetzliche Vertretung nächster Angehöriger**

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| Vertretungs- befugnis im ÖZVV registriert | * i <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Registrierungs- datum (tt.mm.jjjj) | _____ | |
| Familienname | _____ | |
| Vorname/n | _____ | akad. Grad _____ |
| Straße | _____ | Hausnummer/Tür _____ |
| Postleitzahl | _____ | Ort _____ |
| Telefon | _____ | E-Mail _____ |

i Bei Antwort „JA“ bitte Nachstehendes ausfüllen
ÖZVV: Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis

2.3 Gewählte/r Erwachsenenvertreter/in

| | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------|
| Vereinbarung im ÖZVV registriert | * i <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Registrierungs- datum (tt.mm.jjjj) | _____ | |
| Familienname | _____ | |
| Vorname/n | _____ | akad. Grad _____ |
| Straße | _____ | Hausnummer/Tür _____ |
| Postleitzahl | _____ | Ort _____ |
| Telefon | _____ | E-Mail _____ |

i Vereinbarung über die gewählte Erwachsenenvertretung im **ÖZVV** (Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis) registriert. Bei Antwort „JA“ bitte Nachstehendes ausfüllen

2.4 Vorsorgevollmacht

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| Vorsorgevollmacht errichtet | * i <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Vorsorgefall eingetreten | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN |
| Wenn ja, wann (Registrierung im ÖZVV) | i _____ | |

Bevollmächtigte/r

Familienname _____

Vorname/n _____ akad. Grad _____

Straße _____ Hausnummer/Tür _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

i Bei Antwort „JA“ bitte Nachstehendes ausfüllen
ÖZVV: Österreichisches Zentrales Verzeichnis

2.5 Individuelle Vollmacht (AVG)

Vollmacht erteilt * **i** JA NEIN

Bevollmächtigte/r

Familienname _____

Vorname/n _____ akad. Grad _____

Straße _____ Hausnummer/Tür _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

i Bei Antwort „JA“ bitte Nachstehendes ausfüllen

3. Beilagen: Folgende Unterlagen sind von der antragstellenden Person in Kopie anzuschließen

- Nachweis des „normalen Turnus“ und dass der Turnus um zumindest 4 Wochen verlängert (d.h. die Betreuung durchgehend erfolgt ist) wurde (z.B. Honorarnoten, Darstellung des bisherigen Betreuungswechsels)
- Kopie des Betreuungsvertrages
- Nachweis über die Förderung der 24-Stunden-Betreuung des Sozialministeriumservice (sofern vorhanden)
- Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises der betreuten Person
- Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises der Betreuungsperson
- Beschluss über die Bestellung des/der gerichtlichen Erwachsenenvertreters/in bzw. Sachwalterbeschluss
- gesetzliche Erwachsenenvertretung **mit Registrierungsbestätigung im ÖZVV** bzw. Vertretungsbefugnis des/der nächsten Angehörigen **mit Registrierungsbestätigung im ÖZVV**
- Vereinbarung über die gewählte Erwachsenenvertretung **mit Registrierungsbestätigung im ÖZVV**
- Vorsorgevollmacht mit Registrierung ihrer **Wirksamkeit (im ÖZVV** bzw. durch einen Notar)
- schriftliche (individuelle) Vollmacht

4. Datenschutzrechtliche Bestimmungen

| | | |
|--------------------------|----------|--|
| <input type="checkbox"/> | * | 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 |
| <input type="checkbox"/> | | <ul style="list-style-type: none">• 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 Datenschutzbeauftragten auf der Datenschutz-Informationseite (https://datenschutz.stmk.gv.at) oder am beigefügten Datenschutz-Informationenblatt gelesen. |

5. Erklärung

| |
|---|
| Ich erkläre ausdrücklich, |
| <ul style="list-style-type: none">• dass sämtliche Informationen vollständig und wahrheitsgemäß offengelegt wurden. |
| Ich verpflichte mich, dass |
| <ul style="list-style-type: none">• ich Änderungen der für die Leistung maßgeblichen Umstände unverzüglich dem Referat für Pflegemanagement melden werde.• ich den Bonus in Höhe von € 500 unmittelbar nach Erhalt ungekürzt an die Betreuungskraft weitergebe. Dies ist dem Referat Pflegemanagement mittels vorgefertigtem Formular innerhalb von 2 Wochen nach Auszahlung des Bonus an die betreute Person zu bestätigen. Sollte der Bonus nicht weitergegeben werden, wird er zurückverlangt. |
| Ich nehme zur Kenntnis, dass |
| <ul style="list-style-type: none">• die Verletzung der Mitteilungspflicht Sanktionen nach sich ziehen kann. Insbesondere können falsche Angaben oder das Verschweigen maßgebender Tatsachen die Rückforderung des bezogenen Bonus bewirken. Außerdem kann in solchen Fällen eine (Verwaltungs-) Strafanzeige gegen mich erstattet werden.• die Auszahlung des Bonus für die 24-Stunden-Betreuung im Nachhinein gegen Vorlage der Bestätigung der Auszahlung der Fördermittel an die Betreuungsperson erfolgt.• der Bonus in Höhe von € 500 einmalig der betreuten Person pro Betreuungskraft gewährt wird.• die betreute Person eine Förderung der 24-Stunden-Betreuung vom Sozialministeriumservice beziehen muss. Sollte die betreute Person aufgrund der Höhe ihres Einkommens keine Förderung der 24-Stunden-Betreuung beziehen, ist der Bonus möglich, sofern die übrigen Voraussetzungen für eine Förderung der 24-Stunden-Betreuung vorliegen.• der Bonus nur unter den vorstehend genannten Bedingungen gewährt wird und auf den Bonus kein Rechtsanspruch besteht. |
| Ich stimme der elektronischen Kommunikation per E-Mail zu. |

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

| | | | |
|--------------|-------|--------|-------|
| Postleitzahl | _____ | Ort | _____ |
| Telefon | _____ | E-Mail | _____ |

| | |
|--------------------------------------|---------------------|
| Unterschrift Betreuungsperson | |
| Ort | _____ |
| Datum (tt.mm.jjjj) | _____ |
| | Unterschrift |