

**NÖ Modell zur 24-Stunden-Betreuung  
ANTRAG**

**An das  
Amt der NÖ Landesregierung  
Abteilung Soziales (GS5)  
Landhausplatz 1  
3109 St. Pölten**

<b>Beratung und Unterstützung bei der NÖ Pflegehotline 02742-9005-9095</b> <a href="mailto:post.pflegehotline@noel.gv.at">post.pflegehotline@noel.gv.at</a> <a href="http://www.noel.gv.at">www.noel.gv.at</a>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Daten der pflegebedürftigen Person**

Familienname, Vorname (in Blockschrift)	geboren am/in
Straße (Hauptwohnsitz)	Telefonnummer
PLZ, Ort (Hauptwohnsitz)	Versicherungsnummer

**Daten des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin**

**Ist nur auszufüllen, wenn der Zuschusswerber/die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person ist.**

Familienname, Vorname (in Blockschrift)	Verhältnis zur pflegebedürftigen Person
Straße (Hauptwohnsitz)	Telefonnummer
PLZ, Ort (Hauptwohnsitz)	Versicherungsnummer

**Daten der Betreuungskraft/Betreuungskräfte:**

**1. Betreuungskraft**

Familienname, Vorname (in Blockschrift)	geboren am/in	Staatsangehörigkeit
Straße	Telefonnummer	
PLZ, Ort	Versicherungsnummer	

**2. Betreuungskraft**

Familienname, Vorname (in Blockschrift)	geboren am/in	Staatsangehörigkeit
Straße	Telefonnummer	
PLZ, Ort	Versicherungsnummer	

Bezieht die pflegebedürftige Person <b><u>Pflegegeld</u></b> nach dem
Bundespflegegeldgesetz (BPGG)
Landespflegegeldgesetz (LPGG):
Stufe: .....

<b><u>Einkommen der pflegebedürftigen Person</u></b>
Das monatliche Netto-Einkommen beträgt: € .....
(Einkommen ist grundsätzlich jede regelmäßig zufließende Geldleistung. Nicht zum Einkommen zählen Pflegegeld oder vergleichbare Leistungen auf Grund bundes- oder landesgesetzlicher Vorschriften, Sonderzahlungen, Grundrenten nach den Sozialentschädigungsgesetzen, Familienbeihilfen, Studienbeihilfen, Wohnbeihilfen, Kinderbetreuungsgeld, Leistungen nach den Sozialhilfegesetzen der Länder oder vergleichbare Leistungen, Familienförderungen nach landesgesetzlichen Vorschriften.)

<b><u>Sorgepflichten</u></b> 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 unterhaltsberechtigten Angehörigen um € 400,00, bei einem behinderten unterhaltsberechtigten Angehörigen um € 600,00.)

<b>Wurde bei einer anderen Behörde eine Förderung zur 24-Stunden-Betreuung beantragt oder bewilligt?</b>
nein
ja ab/seit: ..... in der Höhe von: .....monatl.
von/bei: .....(Behörde, zuerkennende Stelle)

### **Folgende Unterlagen sind dem Antrag anzuschließen:**

Nachweis über den Pflegegeldbezug der betreuten Person

Bei Pflegestufe 1 oder 2: eine ärztliche Bescheinigung des Vorliegens einer Erkrankung des demenziellen Formenkreises

Meldezettel der betreuten Person

Verträge im Sinne des § 1 Abs. 1 des Hausbetreuungsgesetzes

Bestätigung der Anmeldungen der Betreuungskräfte beim Sozialversicherungsträger

Nachweise zum Einkommen und gegebenenfalls Unterhaltsverpflichtungen der pflegebedürftigen Person.

Gegebenenfalls: Nachweis der Sachwalterschaft

### **Voraussetzungen und Erklärungen**

1) Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Zuwendung nur unter den vorstehend genannten Bedingungen gewährt wird und auf diese Zuwendung kein Rechtsanspruch besteht.

2) Ich verpflichte mich, die Zuwendung zurückzuzahlen, wenn ich wesentliche Umstände verschwiegen oder unwahre Angaben gemacht habe.

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 (z.B: Wechsel von Betreuungspersonen, Beendigung des Betreuungsverhältnisses, ...)

4) Ich erkläre hiermit verbindlich, dass meine Angaben wahr und vollständig sind.

5) Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für Zwecke der Förderungsabwicklung gespeichert und verwendet werden dürfen.

Die **Anweisung** des Zuschusses soll auf folgendes Konto der pflegebedürftigen Person erfolgen:

bei (Bankinstitut):	lautend auf:
Konto Nr.:	BLZ:

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift der pflegebedürftigen Person  
bzw. des gesetzlichen Vertreters

Ist der Zuschusswerber/die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des Zuschusswerbers