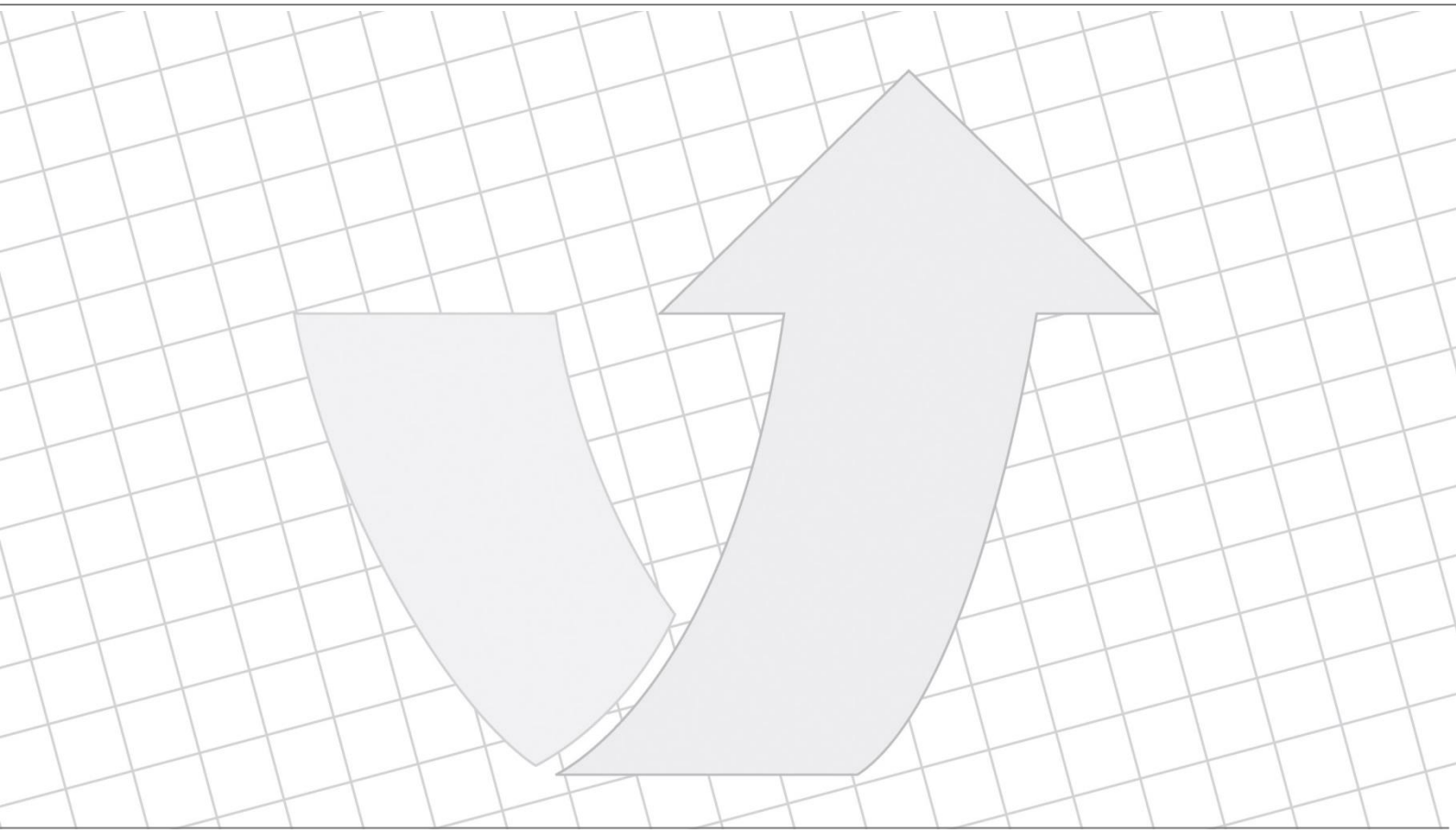
WIRTSCHAFTSKAMMERN ÖSTERREICHS
GRÜNDERSERVICE



PROSPEKT
OPATROVANIE OSÔB

(Merkblatt Personenbetreuung – Slowakisch)

Január 2018

1. Poradie prihlasovania

1. Prihlásenie bydliska v Rakúsku

Na príslušnom obecnom úrade alebo magistráte nahláste svoje bydlisko (trvalé, príp. prechodné bydlisko) v Rakúsku.
Treba priniesť tieto dokumenty:

- **Formulár prihlasovacieho lístka**, ktorý musí byť podpísaný poskytovateľom ubytovania (teda majiteľom bytu, resp. hlavným nájomníkom). Formulár prihlasovacieho lístka nájdete na adrese http://help.gv.at/Content.Node/documents/meldez.pdf alebo priamo v prílohe.
- **Platný cestovný pas** alebo **občiansky preukaz**

2. Ohlásenie živnosti

Ohlásenie živnosti sa v niektorých spolkových krajinách vykonáva priamo na hospodárskej komore a v niektorých spolkových krajinách na príslušnom magistráte, popr. okresnom hajtmanstve. Vopred sa obráťte na zakladateľský servis svojej hospodárskej komory (kontakt strana 7).

Predpoklady pre **voľnú živnosť opatrovanie osôb:**

- Dosiahnutie 18 rokov veku
- Slovenská štátna príslušnosť
- Nie sú proti vám dôvody na vylúčenie (napr. finančný trestný delikt, súdne odsúdenie).

Na ohlásenie živnosti si so sebou vezmite **nasledujúce podklady**:

- **Platný cestovný pas** alebo **občiansky preukaz**
- Potvrdenie nahlásenia v prihlasovacom registri – **prihlasovací lístok**
- **Výpis z trestného registra** (originál a overený preklad*, nie starší než tri mesiace), ak ste v posledných piatich rokoch neboli nepretržite prihlásení v Rakúsku. (*Výnimka: vo Vorarlbersku nie je preklad nutný)

Všetky dokumenty je nutné predložiť v **origináli** alebo ako overenú kópiu.
Cudzojazyčné listiny musia byť predložené v origináli spoločne s overeným prekladom (výnimka: Vorarlbersko).
Ak by ste dokumenty v tejto forme nemohli predložiť, obráťte sa, prosím, na zakladateľský servis svojej spolkovej krajiny (kontaktné adresy strana 7).

Živnosť je možné vykonávať odo dňa prihlásenia.

Prihláškou živnosti sa stávate **členom hospodárskej komory** so zodpovedajúcou povinnosťou prispievať (výška závisí od spolkovej krajiny).

3. Prihlásenie na sociálne poistenie

Prihlásenie na sociálne poistenie pri výkone živnosti je nutné ešte počas prvého mesiaca. Môžete ho vykonať aj v rámci prihlásenia živnosti na okresnom správnom úrade. Úrad odovzdá ohlášku správe sociálneho poistenia.

4. Prihlásenie na finančnom úrade

Počas prvého mesiaca ohlásite svoju živnostenskú činnosť na finančnom úrade. Oznámenie finančnému úradu je možné uskutočniť aj v rámci prihlásenia živnosti na okresnom správnom úrade. Ten odovzdá ohlášku finančnému úradu.
Vyžiadajte si pri prihlasovaní živnosti formulár pre prihlášku na finančnom úrade (Verf24). Formulár vyplňte a zašlite ho svojmu príslušnému daňovému úradu.

5. Potvrdenie prihlášky

Občania Európskeho hospodárskeho priestoru, ktorí sa zdržiavajú na území spolkovej krajiny dlhšie ako tri mesiace, musia na okresnom správnom úrade (Viedeň: MA 35) požiadať o potvrdenie prihlásenia (vzor v prílohe). Treba si viesť evidenciu živnostenskej činnosti.

2. Zmluva o dielo

Samostatný opatrovník by mal so zadávateľom, popr. zadávateľkou uzatvoriť radšej písomnú zmluvu o dielo (tzv. zmluva o opatrovaní osôb).

Tu je odkaz na prehľad formulárov vzorových zmlúv:
https://www.wko.at/branchen/gewerbe-handwerk/personenberatung-betreuung/Mustervertraege-und-Beilagen.html
Vzorovú zmluvu nájdete aj v prílohe.

3. Pole pôsobnosti

Živnostníci, ktorí vykonávajú opatrovateľskú živnosť, sú povinní podporovať osoby, ktoré potrebujú opateru. To zahŕňa tieto činnosti:

1. Služby v domácnosti, najmä:
   a) Príprava jedál
   b) Vybavovanie potrebných záležitostí
   c) Upratovacie činnosti
   d) Vykonávanie domácich prác
   e) Vykonávanie pochôdzok
   f) Udržiavanie zdravej klímy v miestnosti
   g) Starostlivosť o rastliny a zvieratá
   f) Starostlivosť o bielizeň (pranie, žehlenie, oprava)

2. Všeobecná podpora, najmä:
   a) Plánovanie dennej rutiny
   b) Pomoc pri každodenných činnostiach

3. Spoločnícka funkcia, najmä:
   a) Robenie spoločnosti
   b) Konverzácia
   c) Udržiavanie spoločenských kontaktov
   d) Sprevádzanie pri rôznych činnostiach

4. Vedenie knihy výdavkov so záznamami o výdavkoch urobených v mene opatrovanej osoby

5. Praktická príprava opatrovanej osoby na zmenu miesta

6. Vybavenie zastupovania v prípade neprítomnosti

Akékoľvek dodatočné ošetrovanie alebo dokonca lekárske činnosti sa môžu poskytovať iba v ojedinelých prípadoch a v prísnom súlade s príslušnými právnymi predpismi (§ 3 b) GuGK a § 50 b) ÄrzteG) erbracht werden.

Opatrovatelia majú osobitnú povinnosť uzavrieť s opatrovanou osobou alebo jej zákonnými zástupcami dohodu týkajúcu sa postupu pri každodenných činnostiach a v núdzových prípadoch, najmä pokiaľ ide

o vyrozumenie, resp. privolanie príbuzných, lekárov alebo zariadení poskytujúcich mobilné služby v prípade zjavného zhoršenia stavu opatrovanej osoby.

Okrem toho musia viesť knihu výdavkov, ktorú treba spolu s príslušnými pokladničnými blokmi uchovávať dva roky.

4. Živnostenské sociálne poistenie

Ako prevádzkovateľ živnosti ste povinne zúčastnený na zdravotnom, penzijnom a úrazovom poistení. Zdravotné a penzijné poistenie je pritom upravené v GSVG, oproti tomu úrazové poistenie v ASVG.

Povinné poistenie začína v zásade dňom nadobudnutia živnostenského oprávnenia, popr. keď začne členstvo v hospodárskej komore.
Hoci živnostenský úrad oznámi Správe sociálneho poistenia pre živnostenské podnikanie prihlásenie živnosti, prevádzkovateľ živnosti sa musí sám prihlásiť v priebehu jedného mesiaca. Informujte sa, prosím, vo svojom zakladateľskom servise.

Príspevky na zdravotné a penzijné poistenie (hodnoty v roku 2018)
Ak sa ako opatrovník osôb prvýkrát osamostatníte a predtým ste neboli poistený podľa GSVG, v **prvých troch rokoch** vašej samostatnej zárobkovej činnosti platia nižšie vymeriavacie základy, ktoré vedú k úsporám na príspevkoch. Tým sa prispieva k vašej finančnej situácii, pri novom založení živnosti je tým (nepriamo) podporované zakladanie firiem.

Predbežná výška príspevku na penzijné poistenie je od začiatku povinného poistenia 121,04 € mesačne (t. j. 1 452,48 € ročne). K domeraniu (doplatku) dôjde vtedy, ak zisky dosiahnuté v príslušnom kalendárnom roku podľa daňového výmeru pre daň z príjmu boli vyššie ako 7 851,00 € (654,25 € mesačne).

Predbežná výška príspevku na zdravotné poistenie je od začiatku povinného poistenia 33,51 € mesačne (t. j. 402,12 € ročne). K domeraniu (doplatku) dôjde vtedy, ak zisky dosiahnuté v príslušnom kalendárnom roku podľa daňového výmeru pre daň z príjmu boli vyššie ako 5.256,60 € (438,05 € mesačne).
Počas prvých dvoch kalendárnych rokov zostane príspevok na zdravotné poistenie fixný, a teda nedôjde k žiadnemu domeraniu, aj keď sú príjmy podľa daňového výmeru pre daň z príjmu vyššie.

Príspevok na úrazové poistenie závisí od zisku a predstavuje 115,20 €/rok alebo 9,60 € mesačne.

Minimálne príspevky v roku 2018

	Mesačne v €
ZP	33,51
PP	121,04
ÚP[1]	9,60
ZSZČO[2]	6,70
Spolu	**170,85**

Vysvetlivky:
[1] ÚP = úrazové poistenie. Príspevok na úrazové poistenie je fixný.
[2] ZSZČO = zaopatrenie samostatne zárobkovo činných osôb. Príspevok je vo výške 1,53 % predbežného základu pre zdravotné poistenie. Nenasleduje žiadne domeranie.
Príspevky na sociálne poistenie živnostníkov sa predpisujú štvrťročne a sú splatné vždy na konci druhého mesiaca daného štvrťroku.

Od 1. 1. 2016 je možné platiť príspevky aj mesačne prostredníctvom inkasa. Príslušné tlačivá sú k dispozícii na webovej stránke SVA.
Príklad:
Predpoklad: 182 dní/rok sa pracuje (14-dňový rytmus), honorár 50,- €/deň, bezplatná strava a hosťovská izba (= príjem v naturáliách); sociálne poistenie vr. zaopatrenia SZČO (SP) 1,53 %: 170,85 € mesiac = 2 050,20 €/rok. Cestovné výdaje hradí zadávateľ.

Všetky príspevky v EUR

Honorár (50,- € x 182 dní)	9 100,00
Strava a ubytovanie[1)]	1 177,20
Cestovné náklady (napr. 100 € za cestu tam a späť, 13x)	1 300,00
Príjmy za rok	**11 577,20**
- 12 % paušálne výdaje[2)]	1 389,26
- sociálne poistenie[3)]	2 050,20
Výdaje za rok	**3 439,46**
PRÍJMY za rok[4)]	**8 137,74**

[1)] Bezplatná strava a ubytovanie je pripočítaná ako príjem. Suma vyplynie z hodnoty 98,10 € za 14 dní (196,20 €/mesiac) podľa vyhlášky o naturálnych pôžitkoch k zákonu o dani z príjmu.
[2)] Pri výdajoch máte možnosť voľby: buď paušál 12 % z príjmov alebo skutočné výdaje (napr.: cestovné náklady, ostatné).
[3)] Zaplatené sociálne poistenie je možné dodatočne odčítať.
Pozor: V prípade údajov uvedených v tomto príklade by v penzijnom poistení následne nedošlo k žiadnym zmenám, ale v zdravotnom poistení by bol potrebný doplatok!
[4)] Príjmy sú základom dane z príjmu. Príjmy do 11 000 € ročne sú oslobodené od dane, nad túto sumu podlieha príjem v Rakúsku dani z príjmu (pozri strana 6).

5. Daňové limity

Daň z pridanej hodnoty - úprava pre drobných podnikateľov

Ak je váš ročný obrat (= všetky príjmy) v Rakúsku nižší než 30 000,– € bez dane z pridanej hodnoty (DPH), tzn. netto, nemusíte odvádzať daň z pridanej hodnoty – nemôžete si však uplatniť ani daň na vstupe.

Daň z príjmu

Základom a vymeriavacím základom je váš ročný zisk zistený pomocou výkazu príjmov a výdajov (alternatívne základná paušalizácia – pozri príklad) s pripočítaním ostatných príjmov (napr. strava a ubytovanie). Daňová sadzba sa pohybuje medzi 0 % a 55 %, pričom daň z príjmu je splatná až vtedy, ak bol (ročný) príjem viac než 11 000 €.

Ročný príjem v €	Daň z príjmu v €	Priemerná daňová sadzba v %	Limitná daňová sadzba v %
≤ 11 000	0	0	0
> 11 000 až 18 000	(Príjem – 11 000) x 25 %	0 – 9,72	25
> 18 000 až 31 000	(Príjem – 18 000) x 35 % + 1 750	9,72 – 20,32	35
> 31 000 až 60 000	(Príjem – 31 000) x 42 % + 6 300	20,32 – 30,80	42
> 60 000 až 90 000	(Príjem – 60 000) x 48 % + 18 480	30,80 – 36,53	48
> 90 000 až 1 mil.	(Príjem – 90 000) x 50 % + 32 880	36,53 – 48,79	50
> 1 mil. (obmedzené na r. 2016 až 2020)	(Príjem – 1 000 000) x 55 % + 487 880	> 48,79	55

Príklad:
Príjem 11 300 €
Výpočet: (11 300 – 11 000) x 25 % = 75,- € daň z príjmu

6. Podpora 24-hodinovej starostlivosti

Na získanie podpory musia byť splnené tieto požiadavky: Osoba vyžadujúca starostlivosť musí byť opatrovaná 24 hodín denne, požívať opatrovné od stupňa 3 a mesačný čistý príjem nesmie prekročiť 2 500,- €. Pri poberaní opatrovateľského príspevku stupňa 3 a 4 vykoná servis Ministerstva sociálnych vecí (Sozialministeriumservice) kontrolu nutnosti 24-hodinovej starostlivosti. Poskytnutie podpory pre opatrovateľov, ktorí v jednom kalendárnom mesiaci opatrujú viaceré osoby, je možná len jedenkrát za mesiac.
Ďalšie informácie špecifické pre jednotlivé spolkové krajiny sa dozviete priamo od Sozialministeriumservice. Formulár **Žiadosť o 24-hodinovú starostlivosť pre samostatnú zárobkovú činnosť** nájdete na domovskej stránke Spolkového ministerstva práce, sociálnych vecí a ochrany spotrebiteľov **www.sozialministeriumservice.at** alebo priamo v prílohe.

7. Ukončenie živnostenskej činnosti alebo ohlásenie prerušenia činnosti

Ak má byť opatrovateľská činnosť v Rakúsku prechodne prerušená, resp. celkom ukončená, je potrebné živnostenské oprávnenie buď prechodne odhlásiť v príslušnej hospodárskej komore, alebo vymazať na živnostenskom úrade. V opačnom prípade môžu vzniknúť následné náklady (odvody na sociálne zabezpečenie, poplatky atď.), ktoré budú vymáhané i v domovskom štáte.

7. Kontaktné osoby vo vašej spolkovej krajine

BURGENLAND
Gründerservice
Robert-Graf-Platz 1, 7001 Eisenstadt
Tel.: 05 90 907-2210
Fax: 05 90 907-2115
E-mail: gruenderservice@wkbgld.at

KORUTÁNSKO
Gründerservice
Europaplatz 1, 9021 Klagenfurt
Tel.: 05 90 904-745
Fax: 05 90 904-744
E-mail: gruenderservice@wkk.or.at

DOLNÉ RAKÚSKO
Gründerservice
Wirtschaftskammer-Platz 1, 3100 St. Pölten
Tel.: 02742/851-17700
Fax: 02742/851-17199
E-mail: gruender@wknoe.at

HORNÉ RAKÚSKO
Gründerservice
Hessenplatz 3, 4020 Linz
Tel.: 05 90 909
Fax: 05 90 909-2800
E-mail: service@wkooe.at

SALZBURSKO
Gründerservice
Julius-Raab-Platz 1, 5027 Salzburg
Tel.: 0662/88 88-541
Fax: 0662/88 88-188
E-mail: gs@wks.at

ŠTAJERSKO
Gründerservice
Körblergasse 111-113, 8010 Graz
Tel.: 0316/601-600
Fax: 0316/601-1202
E-mail: gs@wkstmk.at

TIROLSKO
Gründerservice
Meinhardstraße 14, 6021 Innsbruck
Tel.: 05 90 905-2222
Fax: 05 90 905-1385
E-mail: gruenderservice@wktirol.at

VORARLBERSKO
Gründerservice
Wichnergasse 9, 6800 Feldkirch
Tel.: 05522/305-1144
Fax: 05522/305-108
E-mail: gruenderservice@wkv.at

VIEDEŇ
Gründerservice
Stubenring 8-10, 1010 Wien
Tel.: 01/514 50-1050
Fax: 01/514 50-1491
E-mail: gruenderservice@wkw.at

Tento informačný list je produktom spolupráce všetkých obchodných komôr. V prípade otázok sa, prosím, obráťte na obchodnú komoru svojej spolkovej krajiny. Viedeň, tel. č.: (01) 51450-0, Dolné Rakúsko, tel. č.: (02742) 851-0, Horné Rakúsko, tel. č.: 05 90 909-0, Burgenland, tel. č.: 05 90 907-0, Štajersko, tel. č.: (0316) 601-406, Korutánsko, tel. č.: 05 90 904-0, Salzbursko, tel. č.: (0662) 8888-0, Tirolsko, tel. č.: 05 90 905-0, Vorarlbersko, tel. č.: (05522) 305-0
Upozornenie! Túto informáciu nájdete aj na internetovej adrese www.gruenderservice.at

Služba zakladateľského servisu obchodných komôr Rakúska. Dotlač, rozmnožovanie a šírenie akéhokoľvek druhu je prípustné iba s výslovným súhlasom obchodných komôr Rakúska. Napriek starostlivému spracovaniu sa neposkytuje žiadne ručenie ani záruka za vyhotovenie.

Meldezettel

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒! Erläuterungen auf der Rückseite!

FAMILIENNAME oder NACHNAME (in Blockschrift), AKAD. GRAD (abgekürzt)

VORNAME lt. Geburtsurkunde (bei Fremden laut Reisepass)

Familienname vor der e r s t e n Eheschließung

GEBURTSDATUM	GESCHLECHT männlich ☐ weiblich ☐	RELIGIONSBEKENNTNIS

GEBURTSORT lt. Reisedokument (bei österr. Staatsbürgern auch lt. Geburtsurkunde); Bundesland (Inland) und Staat (Ausland)

FAMILIENSTAND
☐ ledig ☐ verheiratet ☐ in eingetragener Partnerschaft lebend ☐ geschieden ☐ Ehe aufgehoben oder für nichtig erklärt
☐ eingetragene Partnerschaft aufgelöst oder für nichtig erklärt ☐ verwitwet ☐ hinterbliebener eingetragener Partner

STAATSANGEHÖRIGKEIT
Österreich ☐ anderer Staat ☐ ⇨ Name des Staates:

Angabe der ZMR-Zahl (soweit bekannt):

REISEDOKUMENT bei Fremden
Art, z.B. Reisepass, Personalausweis: Nummer: Ausstellungsdatum:
ausstellende Behörde, Staat:

ANMELDUNG der **Unterkunft** in	Straße (Platz) bzw. Ort ohne Straßennamen	Haus Nr.	Stiege	Tür Nr.
	Postleitzahl Ortsgemeinde, Bundesland			

Ist diese **Unterkunft Hauptwohnsitz** : ja ☐ nein ☐

wenn **nein**, Hauptwohnsitz bleibt in	Straße (Platz) bzw. Ort ohne Straßennamen	Haus Nr.	Stiege	Tür Nr.
	Postleitzahl Ortsgemeinde, Bundesland			

Zuzug aus dem Ausland? nein ☐ ja ☐⇨ Angabe des Staates:

ABMELDUNG der **Unterkunft** in	Straße (Platz) bzw. Ort ohne Straßennamen	Haus Nr.	Stiege	Tür Nr.
	Postleitzahl Ortsgemeinde, Bundesland			

Sie verziehen ins Ausland ?
nein ☐ ja ☐ ⇨ Angabe des Staates:

Im Falle einer Anmeldung: Unterkunftgeber (Name in Blockschrift, Datum und Unterschrift)	Datum und Unterschrift des Meldepflichtigen (Bestätigung der Richtigkeit der Meldedaten)

Information für den Meldepflichtigen

1. Eine **Anmeldung** ist innerhalb von drei Tagen ab Beziehen der Unterkunft, **eine Abmeldung innerhalb von drei Tagen vor oder nach Aufgabe** der Unterkunft vorzunehmen.
2. Bei der Anmeldung benötigen Sie folgende Dokumente:
   - Öffentliche Urkunden, aus denen Familien- oder Nach- und Vornamen, Familiennamen vor der ersten Eheschließung, Geburtsdatum, Geburtsort und Staatsangehörigkeit des Unterkunftnehmers hervorgehen, z. B. Reisepass und Geburtskunde;
   - Unterkunftnehmer, die nicht die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen **(Fremde)**: Reisedokument (z. B. Reisepass);
   - wenn an der bisherigen Unterkunft aus dem Hauptwohnsitz ein „weiterer Wohnsitz“ wird, ist vor oder gleichzeitig mit Anmeldung des neuen Hauptwohnsitzes eine Ummeldung des bisherigen Hauptwohnsitzes erforderlich.
3. Für den Inhalt des Meldezettels ist, unabhängig davon, wer den Meldezettel ausfüllt, immer der Meldepflichtige verantwortlich. Kontrollieren Sie daher bitte den Meldezettel auf Vollständigkeit und Richtigkeit der Eintragungen, auch dann, wenn er von der Behörde ausgefertigt wird.
4. Ihr Hauptwohnsitz ist an jener Unterkunft begründet, an der Sie sich in der Absicht niedergelassen haben, diese zum Mittelpunkt Ihrer Lebensbeziehungen zu machen; trifft diese sachliche Voraussetzung auf mehrere Wohnsitze zu, so haben Sie jenen als Hauptwohnsitz zu bezeichnen, zu dem Sie das überwiegende Naheverhältnis haben. Für den „Mittelpunkt der Lebensbeziehung“ sind vor allem folgende Bestimmungskriterien maßgeblich: Aufenthaltsdauer, Lage des Arbeitsplatzes oder der Ausbildungsstätte, Ausgangspunkt des Weges zum Arbeitsplatz oder zur Ausbildungsstätte, Wohnsitz der übrigen, insbesondere der minderjährigen Familienangehörigen und der Ort, an dem sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen, ausgebildet werden oder die Schule oder den Kindergarten besuchen, Funktionen in öffentlichen und privaten Körperschaften. Der Hauptwohnsitz ist für die Eintragung in die „Wählerevidenz“ sowie für verschiedene andere Rechtsbereiche (z. B. Kfz-Zulassung, waffenrechtliche Urkunden, Sozialhilfe) maßgeblich.
5. Bedenken Sie bitte, dass eine Änderung des Hauptwohnsitzes oder eines weiteren Wohnsitzes auch noch weitere Mitteilungspflichten (z. B. Kfz-Zulassung) begründen kann.

B E T R E U U N G S V E R T R A G

betreffend die zu betreuende Person:

Name:	Anschrift:
Geburtsdatum:	Email:
Telefonnummer:	Telefax:

1. Persönliche Daten der Vertragspartner

1.1. **Auftraggeber,** im Folgenden **„zu betreuende Person“** genannt

- O **Zu betreuende Person**
- O **Vertretung im Namen der zu betreuenden Person**
  (z.B. Sachwalter, gesetzlicher Vertretung, Vorsorgebevollmächtigter etc.)
- O **Eine andere Person zugunsten der zu betreuenden Person** (z.B. Angehöriger, Vertrauensperson)

Name:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Bei Vertretung Nachweis der Vertretungsmacht / (Vorsorge-) Vollmacht, Beschluss des Pflegschaftsgerichts (z.B. Sachwalterbestellung): (der Nachweis ist in Kopie beizulegen)
Telefonnummer:	Email:
Telefax:	

1.2. **Auftragnehmer,** im Folgenden **„Betreuungsunternehmen“** genannt

Name / Firma:	Geburtsdatum / Firmenbuchnummer:
Anschrift / Sitz:	Email:
Telefax:	Telefonnummer:

2. Vertragsgegenstand und Grundlagen des Betreuungsvertrages

Gegenstand des Vertrages ist die Betreuung einer Person im Privathaushalt der zu betreuenden Person durch ein selbständiges Betreuungsunternehmen in Österreich. Die Beilage ./B1 (ergänzende Pflichtenaufstellung und Belehrung über das Rücktrittsrecht) und die Beilage ./B2 (medizinische Anordnungen) dienen der näheren Information und Abklärung; sie stellen einen integrierenden Bestandteil des Vertrages dar.

2.1. Das Betreuungsunternehmen erklärt das Gewerbe der **Personenbetreuung** bei der jeweils für sie zuständigen Gewerbebehörde in Österreich angemeldet zu haben und während des gesamten Leistungszeitraums nicht ruhend zu stellen.

2.2. Die Vertragsparteien erklären, die Beilage ./B1 über die allgemeinen Rechte und Pflichten eines Betreuungsunternehmens gelesen zu haben und diesen ausdrücklich zuzustimmen.

2.3. Bei gegenständlichem Vertag handelt es sich um einen Dienstleistungsvertrag. Die zu betreuende Person bzw. ihre Vertretung ist gegenüber dem Betreuungsunternehmen **nicht weisungsbefugt**. Die Art der (ordnungsgemäßen) Leistungserbringung ist dem Betreuungsunternehmen überlassen.

MUSTER

Trotz sorgfältiger Bearbeitung und Übersetzung der Inhalte können Fehler nicht ausgeschlossen werden. Jede Haftung der Wirtschaftskammern wird daher ausgeschlossen.

3. Leistungen

3.1. **Leistungen ohne Vorliegen bestimmter Voraussetzungen**

O **Haushaltsnahe Tätigkeiten** (Zubereitung von Mahlzeiten, Vornahme von Besorgungen, Reinigungstätigkeiten, Durchführung von Hausarbeiten, Durchführung von Botengängen, Sorgetragung für ein gesundes Raumklima, Betreuung von Pflanzen und Tieren, Wäscheversorgung - Waschen, Bügeln, Ausbessern).

Hiervon ausgenommen sind:

O **Unterstützung bei der Lebensführung** (Gestaltung des Tagesablaufs, Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen, Gesellschafterfunktion im Sinne von Gesellschaft leisten, Konversationen führen, gesellschaftliche Kontakte aufrechterhalten, Begleitung bei diversen Aktivitäten).

Hiervon ausgenommen sind:

O **Praktische Vorbereitung der zu betreuenden Person auf einen Ortswechsel** (z.B. Umzug, Verlegung, Transferierung).

Hiervon ausgenommen sind:

O **Sonstige oben nicht erwähnte Leistungen,** wobei es sich nicht um pflegerische, Leistungen der Basisversorgung, sowie um Leistungen wie etwa ärztliche, zahnärztliche, physiotherapeutische, ergotherapeutische, diätologische, logopädische, psychotherapeutische und gesundheitspsychologische Tätigkeiten handeln darf, die ausschließlich Gesundheitsberufen vorbehalten sind.

Dokumentation: Das Betreuungsunternehmen hat ein Haushaltsbuch zu führen über die erbrachten Leistungen und getätigten Ausgaben. Es ist verpflichtet die Belege für einen Zeitraum von zwei Jahren aufzubewahren. Über Anfragen der zu betreuenden Person oder deren Vertretung hat das Betreuungsunternehmen eine Abschrift des Haushaltsbuches beziehungsweise (bzw.) der Belegsammlung gegen Kostenersatz zur Verfügung zu stellen.

3.2. **Leistungen bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen**

Hinweis: Ohne Vorliegen einer Anordnung und Einweisung dürfen die folgenden Tätigkeiten nur dann vereinbart werden, wenn aus medizinischer Sicht keine Umstände vorliegen, die eine Anordnung oder Einweisung erforderlich machen.

Solche Umstände können beispielsweise Störungen und Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates sowie auch Blut-, Herz-, Lungen- Zucker-, Stoffwechsel-, oder Infektionskrankheiten sein, aber auch Allergien, Operationen oder die Einnahme von Medikamenten an sich.

Liegt ein solcher Umstand jedoch vor, darf eine der nachfolgenden pflegerischen Tätigkeiten lediglich über Anordnung bzw. gemäß Beilage ./B2 unter Beiziehung von medizinischem Fachpersonal (Arzt oder Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/ Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger) vereinbart und durchgeführt werden!

Die zu betreuende Person bzw. ihre Vertretung hat vor Vereinbarung der hier angeführten pflegerischen Tätigkeiten sicherzustellen, dass das Betreuungsunternehmen über alle bekannten und aus medizinischer Sicht in Frage kommenden Umstände informiert und aufgeklärt wurde.

MUSTER

Trotz sorgfältiger Bearbeitung und Übersetzung der Inhalte können Fehler nicht ausgeschlossen werden. Jede Haftung der Wirtschaftskammern wird daher ausgeschlossen.

O **Ja,** folgender Umstand liegt vor: _____ **Liegt eine entsprechende Anordnung samt Einweisung durch medizinisches Fachpersonal vor?** O **Ja,** sohin werden die folgenden, davon abgedeckten Tätigkeiten vereinbart: O die Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme; O die Unterstützung bei der Körperpflege; O die Unterstützung beim An- und Auskleiden; O die Unterstützung bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten; O die Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen; Gesamt wurden _____ Tätigkeiten angekreuzt. O **Nein,** sohin sind Leistungen nach Beilage ./B2 unter Beiziehung medizinischen Fachpersonals festzulegen.	O **Nein, es liegen <u>keine</u> derartigen Umstände vor, sodass <u>keine</u> Anordnung oder Einweisung** eines medizinischen Fachpersonals **erforderlich** ist. Es wird daher <u>ohne medizinische oder ärztliche Anordnung und/oder Einweisung</u> die Durchführung folgender pflegerischer Tätigkeiten vereinbart: O die Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme; O die Unterstützung bei der Körperpflege; O die Unterstützung beim An- und Auskleiden; O die Unterstützung bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten; O die Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen; Gesamt wurden _____ Tätigkeiten angekreuzt.

4. Handlungsleitlinien für Alltag und Notfall

4.1. Das Betreuungsunternehmen verpflichtet sich im Notfall und bei erkennbarer Verschlechterung des Zustandsbildes der zu betreuenden Person (z.B. bei hohen Fieber, Schmerzen, Krankheit, Änderungen im Ess-, Trink- oder Schlafverhalten, Unruhe, Teilnahmslosigkeit, Verdauungsstörungen) eine der nachfolgenden Personen zu verständigen.

Erste zu kontaktierende Person (jedenfalls anzugeben)	
Name:	Email:
Anschrift:	Telefonnummer:
Zweite zu kontaktierende Person (Feld durchstreichen falls nicht erwünscht oder nicht vorhanden)	
Name:	Email:
Anschrift:	Telefonnummer:

4.2. Sowohl bei erkennbaren Verschlechterungen des Zustandsbildes, als auch im Notfall sind alle in der Situation erforderlichen, dem Wohle der zu betreuenden Person dienende Maßnahmen unter Achtung ihrer Integrität und Würde zu ergreifen. Insbesondere hat das Betreuungsunternehmen erforderlichenfalls einen Rettungsdienst zu verständigen.

Zusätzlich wird für den Notfall vereinbart:

_____

_____

Die zu betreuende Person bzw. deren Vertretung sind verpflichtet, alle für die Erfüllung der Handlungsleitlinien erforderlichen Informationen dem Betreuungsunternehmen mitzuteilen und den Zutritt in den Wohnbereich der zu betreuenden Person durch das Betreuungsunternehmen oder durch eine Vertrauensperson sicherzustellen.

MUSTER

Trotz sorgfältiger Bearbeitung und Übersetzung der Inhalte können Fehler nicht ausgeschlossen werden. Jede Haftung der Wirtschaftskammern wird daher ausgeschlossen.

4.3. **Angaben über Umstände oder Besonderheiten die bei den vereinbarten Tätigkeiten zu berücksichtigen sind** (z.B. Allergien oder Unverträglichkeiten):

_____

_____

_____

5. Leistungszeitraum / Beendigung des Vertrages

5.1. Beginn der Leistungserbringung erfolgt am _____ (TT.MM.JJJJ).

5.2. Vertragsdauer:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

O Die Laufzeit des Vertrages ist befristet zum _____ (TT.MM.JJJJ) und endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

O der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen (unbefristet).

5.3. Sonstige Beendigung des Vertrages

Der Betreuungsvertrag endet jedenfalls mit dem Tod der zu betreuenden Person, wobei das Betreuungsunternehmen in diesem Fall ein bereits im Voraus gezahlter Werklohn anteilig zu erstatten hat.

Der Betreuungsvertrag endet auch durch Insolvenz oder Auflösung des Betreuungsunternehmens bzw. mit dem Tod des Betreuungsunternehmers.

Der Vertrag kann von beiden Vertragsteilen (auch bei einem befristeten Vertragsverhältnis) jeweils unter **Einhaltung einer zweiwöchigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendermonats** aufgelöst werden.

5.4. Die Leistungserbringung erfolgt in folgendem Zeitfester / an folgenden Tagen / in folgenden Wochenintervallen:

Je Monat werden durchschnittlich _____ Stunden an Betreuungsleistungen erbracht.

Ergänzende Bemerkungen:
_____,

Die Durchführung der Tätigkeiten und die zeitliche Lage der Leistungserbringung hat sich grundsätzlich an den Bedürfnissen der zu betreuenden Person zu orientieren (Beilage ./B1) und ist gegebenenfalls mit sonstigen, ebenfalls beauftragten Betreuungsunternehmen abzugleichen.

6. Vertretung bei Verhinderung des Betreuungsunternehmens

Die Vertretung des Betreuungsunternehmens wird geregelt wie folgt: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

O Beistellung des Ersatzbetreuungsunternehmens durch das Betreuungsunternehmen:

Die Erbringung der vertraglichen Leistungen erfolgt tunlichst durch dasselbe (Ersatz-) Betreuungsunternehmen. Im Falle dessen Verhinderung (z.B. durch Krankheit der Mitarbeiter) ist das Betreuungsunternehmen berechtigt ein Ersatzbetreuungsunternehmen einzusetzen. Die Erbringung der vertraglichen Leistungen kann (in begründeten Fällen) im Vertretungswege geschehen.

oder,

O Beistellung des Ersatzbetreuungsunternehmens durch die zu betreuende Person

HINWEIS: Die Vornahme einer pflegerischen oder ärztlichen Tätigkeit darf von der Vertretung (Ersatzbetreuungsunternehmen) ausschließlich nach entsprechender Einweisung und Anleitung durch medizinisches Fachpersonal im konkreten Fall erfolgen!

MUSTER

Trotz sorgfältiger Bearbeitung und Übersetzung der Inhalte können Fehler nicht ausgeschlossen werden. Jede Haftung der Wirtschaftskammern wird daher ausgeschlossen.

7. Werklohn und Fälligkeit

7.1. Der Werklohn für die Erbringung der vereinbarten Tätigkeiten (exkl. Umsatzsteuer und Barauslagen) beträgt monatlich:

€ _____

7.2. Sofern es sich beim Betreuungsunternehmen um einen Kleinunternehmer mit Sitz in Österreich handelt (Jahresumsatz nicht mehr als € 30.000,- netto), ist dieses grundsätzlich von der Umsatzsteuer befreit.

Handelt es sich um keinen Kleinunternehmer mit Sitz in Österreich beträgt die allenfalls zu entrichtende Umsatzsteuer

€ _____

7.3. Monatlich zu zahlender Gesamtbetrag sohin:

€ _____

7.4. Für die Entrichtung von Steuern und Beiträgen der Sozialversicherung hat das Betreuungsunternehmen selbst Sorge zu tragen.

7.5. Heilbehelfe, Heilmittel u.ä., die zur vereinbarten Versorgung der zu betreuenden Person erforderlich sind (Inkontinenzprodukte, Medikamente, Bandagen, etc.), stellen ersatzfähige Barauslagen dar und sind unter Übermittlung der Originalbelege in folgenden Zeiträumen abzurechnen _____ (z.B. monatlich, ¼ jährlich).

7.6. Das Betreuungsunternehmen verrichtet sämtliche Tätigkeiten selbständig und hat im Falle einer (wenn auch unverschuldeten) Verhinderung der Leistungserbringung keinen Anspruch auf Werklohn. Hat jedoch die Verhinderung ihren Ursprung in der Sphäre der zu betreuenden Person, bleibt der Anspruch auf Werklohn aufrecht.

7.7. Aufwendungen für Betriebsmittel, Eigenversorgung und Anreise stellen keine ersatzfähigen Barauslagen dar.

7.8. Der monatliche Werklohn **ist zum** _____ Tag (z.B. „1." oder „15." oder „letzten") des jeweiligen Monats der Leistungserbringung **fällig** und mit 5-tägiger Nachfrist und ist wie folgt zu entrichten:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- O gegen Ausstellung einer Zahlungsbestätigung in bar, oder
- O mit schuldbefreiender Wirkung ausschließlich auf folgendes Bankkonto:

Kontoinhaber: _____

IBAN / BIC: _____

7.9. Das Betreuungsunternehmen hat das Vermittlungsunternehmen _____ ermächtigt, das monatliche Entgelt am Tag der Fälligkeit einzufordern, mit schuldbefreiender Wirkung entgegenzunehmen, allfällige Zinsen zu erheben sowie nötigenfalls die Forderung gerichtlich einzutreiben.

O Ja O Nein

7.10. Im Falle des Zahlungsverzugs werden **Verzugszinsen** in Höhe von 4 % p.A. veranschlagt. Überweisungen der zu betreuenden Person zum Tag der Fälligkeit gelten als rechtzeitig.

8. Förderungsrelevante Angaben

8.1. Bezieht die zu betreuende Person **Pflegegeld**?

O Ja, der zu betreuenden Person wurde mit Bescheid vom _____ Pflegegeld der Stufe ____ gewährt.

O Nein

8.2. Liegt eine **(fach-)ärztliche Bestätigung** oder eine **begründete Bestätigung** durch anderes zur Beurteilung des Pflegebedarfs berufenes medizinisches Fachpersonal über den Bedarf einer 24 Stunden Betreuung vor?

O Ja O Nein

Wenn nein, besteht die **Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung**?

O Ja O Nein

MUSTER

Trotz sorgfältiger Bearbeitung und Übersetzung der Inhalte können Fehler nicht ausgeschlossen werden. Jede Haftung der Wirtschaftskammern wird daher ausgeschlossen.

9. Mitwirkungspflichten des Betreuungsunternehmens

9.1. Das Betreuungsunternehmen verpflichtet sich zwecks Stellung eines Antrages/Ansuchen eines Zuschusses aus dem Unterstützungsfond für Menschen mit Behinderung bei der zuständigen Stelle zur Herausgabe insbesondere folgender Nachweise und Dokumente:

1. Erklärung, dass auf Grund der selbständigen Erwerbstätigkeit eine Pflichtversicherung bei der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft jedenfalls auf Basis der Mindestbeitragsgrundlage besteht und die Einsatzzeit des Betreuungsunternehmens zumindest 48 Stunden wöchentlich beträgt,
2. Bestätigung des zuständigen Sozialversicherungsträgers über die Anmeldung des Betreuungsunternehmens (sofern es sich um ein Betreuungsunternehmen aus einem anderen EU-Mitgliedstaat handelt, ist ein Nachweis über die Anmeldung zur Sozialversicherung in diesem EU-Mitgliedsstaat sowie über die geleisteten Beiträge beizubringen),
3. Meldezettel des Betreuungsunternehmens,
4. Nachweises im Sinne des Bundespflegegesetzes, sofern vorhanden, über
   - O eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbildung zur Heimhilfe nach der Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe, entspricht und/oder
   - O die sachgerechte Betreuung der zu betreuenden Person in deren Privathaushalt seit mindestens sechs Monaten nach den Erfordernissen des Förderwerbers und/oder
   - O eine Befugnis des Betreuungsunternehmens betreffend die Übertragung pflegerischer Tätigkeiten im Sinne des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (§§ 3b oder 15 Abs 7) oder ärztlicher Tätigkeiten im Sinne des Ärztegesetzes (§ 50b), sofern sie nicht ohnehin als Angehöriger eines Gesundheits- und Krankenpflegeberufs oder eines Sozialbetreuungsberufs berechtigt sind.

10. Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

Das Betreuungsunternehmen erklärt ausdrücklich, mit der automationsunterstützten Erfassung, Bearbeitung, Speicherung und Übermittlung von personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit diesem Vertrag u.a. zwecks Erledigung von Behördenverfahren, Stellung eines Antrags auf Zuschuss einer 24-Stunden-Betreuung aus dem Unterstützungsfond für Menschen mit Behinderung einverstanden zu sein.

11. Allgemeine Vertragsbestimmungen

11.1. Nebenabreden, Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer rechtlichen Wirksamkeit der Schriftform. Ein Abgehen von der Schriftform ist in jedem Fall unzulässig.

11.2. Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unzulässig oder nicht durchführbar sein, wird hierdurch die Rechtsgültigkeit des übrigen Vertrages nicht berührt. Anstelle dieser nichtigen Bestimmung ist eine Ersatzregelung neu zu verhandeln und ein Konsens zu suchen, sodass der Absicht der Vertragsparteien hinsichtlich des ursprünglich angestrebten Regelungszwecks möglichst Rechnung getragen wird. Fehlen ausdrückliche Regelungen, gelten die jeweiligen Bestimmungen des ABGB über Werkverträge, sofern sie nicht im Widerspruch mit einer vertraglichen Regelung stehen.

11.3. Für Streitigkeiten aus diesem Vertrag wird der Ort der Erfüllung (Leistungserbringung) in Österreich als Gerichtsstand vereinbart.

11.4. Auf diesen Vertrag ist ausschließlich österreichisches Recht anzuwenden.

11.5. Dieser Vertrag wird einfach errichtet. Das Original erhält das Betreuungsunternehmen, die zu betreuende Person erhält eine Kopie.

_____
Ort, Datum:

_____ _____
Unterschrift Auftraggeber Unterschrift Auftragnehmer

MUSTER

Trotz sorgfältiger Bearbeitung und Übersetzung der Inhalte können Fehler nicht ausgeschlossen werden. Jede Haftung der Wirtschaftskammern wird daher ausgeschlossen.

B e i l a g e ./B 1
(zum Betreuungsvertrag)

Ergänzende Pflichtenaufstellung

A. Das Betreuungsunternehmen hat die zu betreuende Person auf deren Nachfrage **über alle wesentlichen Belange des Vertragsabschlusses**, insbesondere über die möglichen und zulässigen **Leistungsinhalte** der Personenbetreuung **aufzuklären**.

B. Das Betreuungsunternehmen hat bei der Vornahme von Besorgungen für die zu betreuende Person sich an den **Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit** zu orientieren.

C. Das Betreuungsunternehmen ist **verpflichtet, mit anderen** in die Pflege und Betreuung involvierten Personen und Einrichtungen zum Wohle der zu betreuenden Person **zusammenzuarbeiten**.

D. Das Betreuungsunternehmen hat bei der Ausübung seiner Tätigkeit auf das **Wohl der zu betreuenden Person zu achten und ihre berufliche Stellung nicht zur Erlangung persönlicher Vorteile zu missbrauchen** wie zB durch die unaufgeforderte Vermittlung oder den unaufgeforderten Abschluss von Geschäften. Insbesondere ist dem Betreuungsunternehmen untersagt, Leistungen ohne gleichwertige Gegenleistungen entgegenzunehmen.

E. Das Betreuungsunternehmen ist verpflichtet entsprechend der **Handlungsleitlinien** für den Alltag und Notfall vorzugehen.

F. Das **Betreuungsunternehmen hat bei Auswahl der Vertretung** dafür Sorge zu tragen, dass es sich bei dem Ersatzbetreuungsunternehmen um eine **verlässliche, vertrauenswürdige und geeignete Person** handelt.

G. Das Betreuungsunternehmen hat seinen Beruf **gewissenhaft mit der Sorgfalt eines ordentlichen Personenbetreuers** auszuüben. Es ist **verpflichtet, jedes standeswidrige Verhalten** zu unterlassen.

H. **Standeswidrig** ist ein Verhalten im Geschäftsverkehr mit den Auftraggebern oder der zu betreuenden Person, das geeignet ist, das **Ansehen** des Berufsstandes oder **Interessen des Berufsstandes zu schädigen** und die **Persönlichkeitsrechte** einschließlich der **wirtschaftlichen Interessen** des zu Betreuenden **zu verletzen**. Ein standeswidriges Verhalten liegt insbesondere dann vor, wenn das Betreuungsunternehmen

1. seine **Leistungen nicht wahrheitsgetreu** anbietet oder
2. **Leistungen erbringt, ohne hiezu beauftragt zu sein** oder
3. **Zahlungen entgegennimmt, ohne hiezu ermächtigt zu sein** oder
4. ihm anvertraute Gegenstände eigenmächtig zurückbehält oder
5. Empfehlungen für ungeeignete Personen zur Durchführung der Betreuung abgibt.

I. Das Betreuungsunternehmen hat die von der **Gewerblichen Sozialversicherung vorgeschriebenen Beiträge selbst abzuführen** und sich über deren Höhe und insbesondere über deren Nachverrechnung selbst zu informieren. **Hinweis: Deren endgültige Höhe wird erst im Nachhinein bestimmt! Es sollten daher rechtzeitig Rücklagen gebildet werden!**

J. Die **Betriebsmittel sind vom Betreuungsunternehmen beizustellen**.

MUSTER

Trotz sorgfältiger Bearbeitung und Übersetzung der Inhalte können Fehler nicht ausgeschlossen werden. Jede Haftung der Wirtschaftskammern wird daher ausgeschlossen.

K. Die durch Vereinbarung der Beilage ./B2 oder einer zu dieser vergleichbaren Anordnung angeordneten ärztlichen oder pflegerischen Tätigkeiten dürfen von dem Betreuungsunternehmen **nur dann im Einzelfall ausgeübt werden**, wenn

1. eine nach den Regeln über die Einsichts- und Urteilsfähigkeit **gültige Einwilligung** durch die zu betreuende Person selbst oder durch die gesetzliche Vertretung oder den Vorsorgebevollmächtigten vorliegt (Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Beilage ./B 2 ist als solche zu werten).

2. das Betreuungsunternehmen im erforderlichen Ausmaß durch medizinisches Fachpersonal angeleitet und unterwiesen wurde,

3. das Betreuungsunternehmen (bzw. dessen Mitarbeiter) **dauernd oder zumindest regelmäßig täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich über längere Zeiträume im Privathaushalt der zu betreuenden Person anwesend ist** und in diesem Privathaushalt höchstens drei Menschen, die zueinander in einem Angehörigenverhältnis stehen, zu betreuen sind.

Ausnahmsweise dürfen diese Tätigkeiten in begründeten Fällen nach bloß **mündlicher Anordnung durch medizinisches Fachpersonal durchgeführt werden, wobei unverzüglich, längstens innerhalb von 24 Stunden nachträglich die schriftliche Dokumentation zu erfolgen hat.** Bei Widerruf der Anordnung hat das Betreuungsunternehmen die Tätigkeiten unverzüglich einzustellen.

L. Die Durchführung der in Beilage ./B2 angeordneten ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten ist **ausreichend und regelmäßig zu dokumentieren.** Die Dokumentation ist den behandelnden Angehörigen der Gesundheitsberufe zugänglich zu machen. Den anordnenden Personen sind unverzüglich alle Informationen bekannt zu geben, die für die Anordnung von Bedeutung sein könnten, wie insbesondere eine Veränderung des Zustandsbildes der betreuten Person oder Unterbrechungen der Betreuungstätigkeit.

M. Das Betreuungsunternehmen ist zur **Verschwiegenheit** über alle ihr in Ausübung ihres Gewerbes anvertrauten oder bekannt gewordenen Angelegenheiten verpflichtet. Diese Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn und insoweit die zu betreuende Person oder deren gesetzliche Vertretung das Betreuungsunternehmen ausdrücklich von dieser Pflicht entbindet. Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen kann in verwaltungsbehördlichen und gerichtlichen Verfahren ein Aussageverweigerungsrecht über im Zuge der Betreuung bekannt gewordenen Angelegenheiten bestehen.

Name des Betreuungsunternehmens:_____

Anschrift des Betreuungsunternehmens:_____

Belehrung über das Rücktrittsrecht: Hat die zu betreuende Person die Vertragserklärung weder in den Geschäftsräumlichkeiten, noch auf einem Marktstand des Vermittlungsunternehmens sowie ohne selbst das Vertragsverhältnis angebahnt zu haben, abgegeben, so kann sie von einem Vertragsantrag oder einem Vertrag binnen 14 Tagen zurücktreten. Die Frist beginnt mit Ausfolgung einer Urkunde die den Namen und die Anschrift des Betreuungsunternehmens sowie eine Belehrung über das Rücktrittsrecht, Rücktrittsfrist und Vorgangsweise über die Ausübung des Rücktrittsrechtes enthält, frühestens mit Zustandekommen des Vertrages. Ein Rücktrittsrecht steht nicht zu, wenn die zu betreuende Person selbst die geschäftliche Verbindung mit dem Betreuungsunternehmen angebahnt hat, oder im Vorfeld keine Besprechungen stattgefunden haben oder bei Verträgen, die dem Fern- Auswärts- Geschäftegesetz unterliegen oder bei Vertragserklärungen die die zu betreuende Person in körperlicher Abwesenheit des Betreuungsunternehmens abgegeben hat. Die Erklärung des Rücktritts kann formfrei erfolgen. Die Frist ist gewahrt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Die zu betreuende Person kann zudem zurücktreten, wenn das Betreuungsunternehmen gegen die gewerberechtlichen Regelungen über das Sammeln und die Entgegennahme von Bestellungen auf Dienstleistungen (§ 54 GewO 1994) sowie über das Aufsuchen von Privatpersonen und Werbeveranstaltungen (§ 57 GewO 1994) verstoßen hat. Weiters kann die zu betreuende Person innerhalb einer Woche zurücktreten, wenn vom Betreuungsunternehmen zugesicherte Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten. Solche Umstände sind die Mitwirkung oder Zustimmung eines Dritten die für die Leistungserbringung erforderlich ist, steuerrechtliche Vorteile, öffentliche Förderung sowie die Aussicht auf einen Kredit. Dieses Rücktrittsrecht steht nicht zu, wenn der Nichteintritt maßgeblicher Umstände bei den Vertragsverhandlungen der zu betreuenden Person bekannt oder für sie erkennbar war, wenn ein Ausschluss des Rücktrittsrechtes im Einzelnen

MUSTER

Trotz sorgfältiger Bearbeitung und Übersetzung der Inhalte können Fehler nicht ausgeschlossen werden. Jede Haftung der Wirtschaftskammern wird daher ausgeschlossen.

ausgehandelt wurde, oder der Unternehmer mit einer angemessenen Anpassung des Vertrages einverstanden ist. Im Falle des Rücktritts sind die wechselseitig empfangenen Leistungen samt gesetzlichen Zinsen vom Empfangstag an zurückzuerstatten und die jeweils gemachten notwendigen und nützlichen Aufwendungen zu ersetzen bzw. sind die Benützung wie auch eine allfällige Wertminderung abzugelten. Schadenersatzansprüche bleiben unberührt.

Beilage zur Kenntnis genommen, Unterschrift:_____

MUSTER

Trotz sorgfältiger Bearbeitung und Übersetzung der Inhalte können Fehler nicht ausgeschlossen werden. Jede Haftung der Wirtschaftskammern wird daher ausgeschlossen.

B e i l a g e ./B 2
(zum Betreuungsvertrag)

Erforderlichkeit medizinischer Anordnungen

1. Persönliche Daten der zu betreuenden Person

Name:	Anschrift:
Geburtsdatum:	Email:
Telefonnummer:	Telefax:

2. Persönliche Daten der Vertragspartner

2.1. **Auftraggeber**

- O **Zu betreuende Person**
- O **Vertreter im Namen der zu betreuenden Person**
  (z.B. Sachwalter, gesetzlicher Vertreter, Vorsorgebevollmächtigter etc.)
- O **Eine andere Person zugunsten der zu betreuenden Person** (z.B. Angehöriger, Vertrauensperson)

Name:	Geburtsdatum:
Anschrift:	Bei Vertretung Nachweis der Vertretungsmacht / (Vorsorge-) Vollmacht / Beschluss des Pflegschaftsgerichts (z.B. Sachwalterbestellung): (der Nachweis ist in Kopie beizulegen)
Telefonnummer:	Email:
Telefax:	

2.2. **Auftragnehmer (Betreuungsunternehmen)**

Name / Firma:	Geburtsdatum
Anschrift / Sitz:	Email:
Telefax:	Telefonnummer:

MUSTER

Trotz sorgfältiger Bearbeitung und Übersetzung der Inhalte können Fehler nicht ausgeschlossen werden. Jede Haftung der Wirtschaftskammern wird daher ausgeschlossen.

3. Folgende Tätigkeiten sollen vereinbart werden:

3.1. o die Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme
3.2. o die Unterstützung bei der Körperpflege
3.3. o die Unterstützung beim An- und Auskleiden
3.4. o die Unterstützung bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten
3.5. o die Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen
3.6. o die Verabreichung von Arzneimitteln
3.7. o das Anlegen von Bandagen und Verbänden
3.8. o die Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln
3.9. o die Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens
3.10. o einfache Wärme- und Lichtanwendungen
3.11. o eine andere einzelne pflegerische oder ärztliche Tätigkeit, sofern diese zu den vorgenannten Tätigkeiten einen vergleichbaren Schwierigkeitsgrad, sowie vergleichbare Anforderungen an die erforderliche Sorgfalt aufweist. Bei dieser anderen ärztlichen oder pflegerischen Tätigkeit handelt es sich um:

_____

Gesamt wurden (unter Pkt 3.) _____ Tätigkeiten angekreuzt.

4. Folgenden Fragen sind von einem medizinischen Fachpersonal (Arzt oder einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege - Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester"/"Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger" - **im Beisein der Vertragsparteien zu klären und auszufüllen:**

4.1. **Persönliche Daten des medizinischen Fachpersonals**

Name medizinisches Fachpersonal:	Anschrift / Dienstort:
Geburtsdatum:	Telefonnummer:

5. Übertragung einfacher pflegerischer Tätigkeiten (iS § 3b Abs 2 GuKG) an das Betreuungsunternehmen:

Bei folgenden Tätigkeiten **liegen aus medizinischer Sicht Umstände vor, aufgrund derer für die Durchführung durch das Betreuungsunternehmen eine Anordnung** durch medizinisches Fachpersonal **erforderlich** ist:

Zu 3.1. Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme

o ja o nein

Zu 3.2. die Unterstützung bei der Körperpflege

o ja o nein

Zu 3.3. die Unterstützung beim An- und Auskleiden

o ja o nein

Zu 3.4. die Unterstützung bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten

o ja o nein

Zu 3.5. die Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen

o ja o nein

Gesamt wurden _____ Tätigkeiten mit **„ja"** angekreuzt.

MUSTER

Trotz sorgfältiger Bearbeitung und Übersetzung der Inhalte können Fehler nicht ausgeschlossen werden. Jede Haftung der Wirtschaftskammern wird daher ausgeschlossen.

5.1. **Aus Pkt 6. ergeben sich nach hinlänglicher Erörterung folgende erforderliche Anordnungen:**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

5.2. **Die Durchführung folgender weiterer Pflegemaßnahmen (§ 14 Abs 2 Z 4 GuKG) wird angeordnet:**

_____

_____

5.3. **Dauer der obigen Anordnung(en):**

- o befristet bis einschließlich: _____
- o unbefristet

HINWEIS: Jedenfalls endet die Anordnung mit Beendigung des Betreuungsverhältnisses! Die Anordnung kann jederzeit **schriftlich widerrufen** werden, wenn dies aus Gründen der Qualitätssicherung oder auf Grund der Änderung des Zustandsbildes der zu betreuenden Person erforderlich ist. In begründeten Fällen und, sofern die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind, kann der Widerruf auch mündlich erfolgen. In diesen Fällen ist der Widerruf unverzüglich, längstens jedoch innerhalb von 24 Stunden, schriftlich zu dokumentieren.

6. Übertragung von Tätigkeiten nach Maßgabe ärztlicher Anordnung an das Betreuungsunternehmen(§ 15 Abs 7 GuKG, § 50b ÄrzteG):

Zu 3.6. o die Verabreichung von Arzneimitteln

Zu 3.7. o das Anlegen von Bandagen und Verbänden

Zu 3.8. o die Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln

Zu 3.9. o die Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens

Zu 3.10. o einfache Wärme- und Lichtanwendungen

Zu 3.11. o eine andere einzelne ärztliche Tätigkeit, sofern diese zu den vorgenannten Tätigkeiten einen vergleichbaren Schwierigkeitsgrad, sowie vergleichbare Anforderungen an die erforderliche Sorgfalt aufweist. Bei dieser anderen ärztlichen Tätigkeit handelt es sich um:

_____

_____

Gesamt wurden (unter Pkt 6.) _____ Tätigkeiten angekreuzt.

Hinweis: Im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnungen entsprechend den Regelungen über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich nach § 15 Abs. 1 bis 4 GuKG nachfolgende Tätigkeiten im Einzelfall an Betreuungsunternehmen (im Sinne des § 3b GuKG) weiter zu übertragen.

MUSTER

Trotz sorgfältiger Bearbeitung und Übersetzung der Inhalte können Fehler nicht ausgeschlossen werden. Jede Haftung der Wirtschaftskammern wird daher ausgeschlossen.

6.1. **Aus Pkt 7. ergeben sich nach hinlänglicher Erörterung folgende erforderliche Anordnungen:**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

6.2. **Dauer der Anordnung nach Pkt. 7.**:

- o befristet bis einschließlich: _____
- o unbefristet

HINWEIS: Jedenfalls endet die Anordnung mit Beendigung des Betreuungsverhältnisses! Die Anordnung kann jederzeit **schriftlich widerrufen** werden, wenn dies aus Gründen der Qualitätssicherung oder auf Grund der Änderung des Zustandsbildes der zu betreuenden Person erforderlich ist. In begründeten Fällen und, sofern die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind, kann der Widerruf auch mündlich erfolgen. In diesen Fällen ist der Widerruf unverzüglich, längstens jedoch innerhalb von 24 Stunden, schriftlich zu dokumentieren.

7. Nachweis der Befähigung und Anleitung des Betreuungsunternehmens

Es wird bestätigt, dass das Betreuungsunternehmen gegebenenfalls

- o über jene **Fähigkeiten verfügt**, die für die Ausübung der einfachen oder nach Maßgabe ärztlicher Anordnung übertragenen pflegerischen Tätigkeiten **erforderlich sind** und
- o durch medizinisches Fachpersonal **im erforderlichen Ausmaß** über die konkrete Vornahme der einfachen oder nach Maßgabe ärztlicher Anordnung übertragenen pflegerischen Tätigkeiten **angeleitet und unterwiesen** wurde.

8. Vereinbarung der Tätigkeiten und Bestätigung der Anordnung(en)

8.1. **Das medizinische Fachpersonal** erklärt, die oben vorgenommene Klärung, die allenfalls erlassenen Anordnungen, Anleitungen und Unterweisungen sorgfältig, gewissenhaft und vollständig vorgenommen zu haben, weiters, jede sich nicht aus der ärztlichen Anordnung ergebende Änderung dem Betreuungsunternehmen umgehend schriftlich oder mündlich (Letzteres mit schriftlichem Nachweis binnen 24 Stunden) mitzuteilen.

Unterschrift: _____ **Ort, Datum:** _____
(medizinisches Fachpersonal)

HINWEIS: Das Betreuungsunternehmen hat die Möglichkeit, die Übernahme oder Vereinbarung pflegerischer oder ärztlicher Tätigkeiten/Dienstleistungen abzulehnen (auch wenn diese notwendig sind!).

Unterschrift: _____ **Ort, Datum:** _____
(Betreuungsunternehmen)

Unterschrift:_____ **Ort, Datum:**_____
(zu betreuende Person / Vertretung)

MUSTER

Trotz sorgfältiger Bearbeitung und Übersetzung der Inhalte können Fehler nicht ausgeschlossen werden. Jede Haftung der Wirtschaftskammern wird daher ausgeschlossen.

EU-Passbild
für Lichtbildausweis für
EWR-Bürger oder
Daueraufenthaltskarte
00

Formular drucken

▲ **Unterschrift (oder Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)** ▲ 01

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Frauen und Männer in gleicher Weise

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

An 02

Behördenvermerke

ANTRAG AUF AUSSTELLUNG

☐ **einer ANMELDEBESCHEINIGUNG für EWR-Bürger** 03
☐ **eines LICHTBILDAUSWEISES für EWR-Bürger** 04
☐ **einer DAUERAUFENTHALTSKARTE** 05

A. Antragsteller

Familienname(n) 06 | frühere Familienname(n) 07

Vorname(n) 08 | Geburtsdatum 09 | Geschlecht ☐ männlich 10 ☐ weiblich 11

Familienstand
☐ ledig 12 ☐ verheiratet 13 ☐ geschieden 14 ☐ verwitwet 15

Staatsangehörigkeit(en) 16 | seit 17 | frühere Staatsangehörigkeit(en) 18 | seit 19

Art des Reisedokument / Personalausweis
☐ Reisepass 20 ☐ Dienstpass 21 ☐ Diplomatenpass 22 ☐ Personalausweis 23 ☐ 24

Nummer 25 | Datum der Ausstellug 26 | Ort der Ausstellung 27 | gültig bis 28

B. Wohnsitz des Antragstellers

Straße, Hausnummer, Türnummer 29 | PLZ 30 | Ort 31

Telefonnummer 32 | E-Mail-Adresse 33

Zusatz für Anmeldebescheinigung für EWR-Bürger 34

Angaben über die Niederlassung des Antragstellers in Österreich

Der Antragsteller ist in Österreich

- ☐ Arbeitnehmer 35
- ☐ Selbständiger 36
- ☐ Schüler / Studierender (Ausbildung) 37
- ☐ Privatier (sonstige Angelegenheiten) 38

Der Antragsteller ist Angehöriger als

- ☐ Ehegatte eines EWR-Bürgers 39
- ☐ Verwandter des EWR-Bürgers oder seines Ehegatten in gerader absteigender Linie 40
- ☐ Verwandter des EWR-Bürgers oder seines Ehegatten in gerader aufsteigender Linie 41
- ☐ Lebenspartner 42
- ☐ sonstiger Angehöriger des EWR-Bürgers 43

Zum Nachweis des Rechts sind folgende Unterlagen vorzulegen (im Original und in Kopie): 44

- gültiger Personalausweis oder Reisepass

Entsprechend der Angaben bezüglich der Niederlassung des Antragstellers zusätzlich nachstehende Nachweise:

- Arbeitnehmer: Bestätigung des Arbeitgebers
- Selbständiger: Nachweis der Selbständigkeit
- Schüler/Studierender (Ausbildung): Nachweis über eine ausreichende Krankenversicherung
  Zulassung zu einer Schule oder Bildungseinrichtung
  Erklärung oder sonstige Dokumente über ausreichende Existenzmittel
- Privatier (sonstige Angelegenheit): Nachweis über eine ausreichende Krankenversicherung
  Nachweis über ausreichende Existenzmittel
- Ehegatte: urkundlicher Nachweis des Bestehens der Ehe
- Verwandter in gerader absteigender Linie bis zum 21. Lebensjahr: urkundlicher Nachweis über das Bestehen einer familiären Beziehung
- Verwandter in gerader absteigender Linie nach dem 21. Lebensjahr: urkundlicher Nachweis über das Bestehen einer familiären Beziehung
  Nachweis über die tatsächliche Unterhaltsgewährung
- Verwandter in gerader aufsteigender Linie: urkundlicher Nachweis über das Bestehen einer familiären Beziehung
  Nachweis über die tatsächliche Unterhaltsgewährung
- Lebenspartner: Nachweis des Bestehens einer dauerhaften Beziehung mit dem EWR-Bürger im Herkunftsstaat
- sonstiger Angehöriger des EWR-Bürgers: urkundlicher Nachweis einer zuständigen Behörde des Herkunftsstaates der Unterhaltsleistung des EWR-Bürgers oder des Lebens in häuslicher Gemeinschaft oder der Nachweis der schwerwiegenden gesundheitlichen Gründe, die die persönliche Pflege durch den EWR-Bürger zwingend erforderlich machen

Zusatz für Lichtbildausweis für EWR-Bürger 45

Geburtsort 46	Körpergröße 47	Augenfarbe 48

Zum Nachweis des Rechts sind folgende Unterlagen vorzulegen (im Original und in Kopie): 49

- gültiger Personalausweis oder Reisepass
- Anmeldebescheinigung

Zusatz für Daueraufenthaltskarte 50

Geburtsort 51 | Körpergröße 52 | Augenfarbe 53

Angaben über die Niederlassung des Antragstellers in Österreich

Der Antragsteller ist

- ☐ Ehegatte eines EWR-Bürgers 54
- ☐ Verwandter des EWR-Bürgers oder seines Ehegatten in gerader absteigender Linie 55
- ☐ Verwandter des EWR-Bürgers oder seines Ehegatten in gerader aufsteigender Linie 56

Angaben zum EWR-Bürger

Familienname(n) 57 | Vorname 58

Staatsangehörigkeit 59 | Geburtsdatum 60 | Geschlecht

☐ männlich 61 ☐ weiblich 62

Zum Nachweis des Rechts sind folgende Unterlagen vorzulegen (im Original und in Kopie): 63

- gültiger Personalausweis oder Reisepass

Entsprechend der Angaben bezüglich der Niederlassung des Antragstellers zusätzlich nachstehende Nachweise:

- Ehegatte: urkundlicher Nachweis des Bestehens der Ehe
- Verwandter in gerader absteigender Linie bis zum 21. Lebensjahr: urkundlicher Nachweis über das Bestehen einer familiären Beziehung
- Verwandter in gerader absteigender Linie nach dem 21. Lebensjahr: urkundlicher Nachweis über das Bestehen einer familiären Beziehung
  Nachweis über die tatsächliche Unterhaltsgewährung
- Verwandter in gerader aufsteigender Linie: urkundlicher Nachweis über das Bestehen einer familiären Beziehung
  Nachweis über die tatsächliche Unterhaltsgewährung

Ich versichere, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen und unter Anschluss aller mir zur Verfügung stehenden Belege vollständig erstattet zu haben. Nicht deutsch-sprachige Belege sind auf Verlangen in deutschsprachiger Übersetzung vorzulegen.

Ort | Datum | Unterschrift

Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters (für nicht eigenberechtigte Person)

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

SOZIALMINISTERIUM
SERVICE

An das
Sozialministeriumservice
Landesstelle

Eingangsstempel

ANSUCHEN

auf Gewährung eines Zuschusses zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung gemäß § 21b des Bundespflegegeldgesetzes (selbständige Erwerbstätigkeit)

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen

Daten der pflegebedürftigen Person

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

Daten des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

Nur auszufüllen, wenn der Zuschusswerber/die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person ist.

Familienname/Nachname:	Vorname:	VSNR (Geburtsdatum):
Anschrift:		Telefonnummer:
E-Mail:		
Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person		
gesetzliche/r Vertreter/in oder Sachwalter/in:		☐ ja, seit
Vertretungsbevollmächtigte/r		☐ ja

Daten der Betreuungskraft 1:

Familienname/Nachname:	Vorname:	österreichische VSNR (Geburtsdatum):
Staatsangehörigkeit:	Beginn des Betreuungsverhältnisses:	
Qualifikation: (Nachweise in Kopie anschließen)	Eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbildung eines Heimhelfers / einer Heimhelferin entspricht, liegt vor: ☐ ja ☐ nein Die Befugnis zu pflegerischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten wurde durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal erteilt: ☐ ja ☐ nein	
Vermittlung erfolgt durch die Agentur:		

Daten der Betreuungskraft 2:

Familienname/Nachname:	Vorname:	österreichische VSNR (Geburtsdatum):
Staatsangehörigkeit:	Beginn des Betreuungsverhältnisses:	
Qualifikation: (Nachweise in Kopie anschließen)	Eine theoretische Ausbildung, die im Wesentlichen der Ausbildung eines Heimhelfers / einer Heimhelferin entspricht, liegt vor: ☐ ja ☐ nein Die Befugnis zu pflegerischen bzw. ärztlichen Tätigkeiten wurde durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal erteilt: ☐ ja ☐ nein	
Vermittlung erfolgt durch die Agentur:		

Die pflegebedürftige Person bezieht ein Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz in Höhe der Stufe ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

Bezieht die pflegebedürftige Person ein Pflegegeld der Stufen 3 oder 4, ist zur Feststellung der Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung ein durch den behandelnden (Fach-)Arzt / die behandelnde (Fach-)Ärztin ausgestellter Befundbericht vorzulegen.

Bitte verwenden Sie das dafür vorgesehene Formular „Befund zur Beurteilung der Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung“.

Einkommen der pflegebedürftigen Person

Das monatliche Netto-Einkommen beträgt: €

(Als Einkommen gilt grundsätzlich jede regelmäßig zufließende Geldleistung. **Nicht** zum Einkommen zählen Pflegegeld oder vergleichbare Leistungen auf Grund bundes- oder landesgesetzlicher Vorschriften, Sonderzahlungen, Grundrenten nach den Sozialentschädigungsgesetzen, Versehrten-renten oder vergleichbare Leistungen, Familienbeihilfen, Studienbeihilfen, Wohnbeihilfen, Kinderbetreuungsgeld, Leistungen nach den Sozialhilfegesetzen der Länder oder vergleichbare Leistungen, Familienförderungen nach landesgesetzlichen Vorschriften. Einkommensgrenze: **€ 2.500** netto monatlich)

Sorgepflichten 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 unterhaltsberechtigtem Angehörigen um € 400,-- und bei einem behinderten unterhaltsberechtigten Angehörigen um € 600,--).

Wurde bei einer anderen Stelle (z.B. Land) eine gleichartige Förderung zur 24-Stunden-Betreuung beantragt oder zuerkannt?

☐ nein

☐ ja ab/seit in Höhe von mtl.

von (Behörde, zuerkennende Stelle)

☐ Die Anweisung des Zuschusses möge auf folgendes Konto erfolgen:

bei (Bankinstitut):

lautend auf (KontoinhaberIn):

BIC:

IBAN:

Informationen zu BIC und IBAN finden Sie auf den Belegen Ihres Bankinstitutes

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die Überweisung laufender Zahlungen auf das angegebene Konto erst nach Vorlage einer von Ihrem Kreditinstitut unterfertigten Kontoerklärung erfolgen kann.

☐ Ich verfüge über kein Konto und ersuche um Baranweisung des Zuschusses

Voraussetzungen und Erklärungen

1) Ich nehme außerdem zur Kenntnis, dass
   a) eine Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds nur unter den vorstehend genannten Bedingungen gewährt wird;
   b) auf Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds kein Rechtsanspruch besteht;
   c) Personen, die eine Pflegekarenz oder eine Pflegeteilzeit vereinbart haben, für die vereinbarte Dauer keine Förderung einer 24-Stunden-Betreuung beziehen können.

2) Ich **verpflichte** mich, die Zuwendung zurückzuzahlen, wenn
   a) ich wesentliche Umstände verschwiegen oder unwahre Angaben gemacht habe,
   b) die Zuwendung widmungswidrig verwendet wurde oder
   c) die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung vereitelt wird.

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.

4) Ich erkläre hiermit verbindlich, dass meine Angaben wahr und vollständig sind und **erkläre** weiters, dass
   a) eine Betreuung im Sinne des § 1 Abs. 1 Hausbetreuungsgesetz 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) i**m 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.

5) Sofern kein Ausbildungsnachweis oder eine fachspezifische Ermächtigung zu pflegerischen oder ärztlichen Tätigkeiten der Betreuungskraft / der Betreuungskräfte vorliegt, ersuche ich um Gewährung der Förderung als Vorschuss.
   Ich erkläre mich bereit, einen Hausbesuch durch eine diplomierte Fachkraft innerhalb der nächsten Monate durchführen zu lassen.

6) Ich ermächtige das Sozialministeriumservice, die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu überprüfen.

……,…… ……

(Ort, Datum) Unterschrift der pflegebedürftigen Person bzw. der gesetzlichen Vertretung

Ist der Zuschusswerber / die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person

……,…… ……

(Ort, Datum) Unterschrift des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

7) Ich bin damit einverstanden, dass das Sozialministeriumservice den Trägern der Sozialhilfe die unbedingt notwendigen Daten (Name, Adresse, Versicherungsnummer, Telefonnummer) zum Zweck einer möglichst ökonomischen Verwaltungsabwicklung sowie im Hinblick auf die finanzielle Abrechnung übermittelt.

…….,…… ……

(Ort, Datum) Unterschrift der pflegebedürftigen Person bzw. der gesetzlichen Vertretung

Ist der Zuschusswerber / die Zuschusswerberin nicht die pflegebedürftige Person

…….,…… ……

(Ort, Datum) Unterschrift des Zuschusswerbers/der Zuschusswerberin

Folgende Unterlagen sind dem Antrag **in Kopie** anzuschließen bzw. nachzureichen:

- letzter rechtskräftiger Bescheid / letztes Urteil über den Pflegegeldbezug
- Nachweis über das Einkommen der pflegebedürftigen Person
- bei Bezug eines Pflegegeldes der Stufen 3 und 4: Befundbericht durch den behandelnden (Fach-)Arzt / die behandelnde (Fach-)Ärztin
- Nachweise über allfällige Unterhaltsverpflichtungen der pflegebedürftigen Person
- österreichischer Meldezettel der Betreuungsperson(en)
- Gewerbeschein oder Gewerberegisterauszug der Betreuungsperson(en)
- Bestätigung der Anmeldung der Betreuungsperson(en) beim Sozialversicherungsträger (Pflichtversicherung = Vollversicherung auf Grund eines Gewerbescheines gemäß § 2 Abs.1 Z 1 GSVG und keine Ausnahme gemäß § 4 Abs. 1 Z 7 GSVG beantragt)

  oder

- bei einer Betreuungskraft aus einem anderen EU-Mitgliedstaat ein Nachweis über die
  - Sozialversicherung in diesem EU-Staat (insbesondere Formular A 1 / E 101)
  - Einsatzzeit der Betreuungskraft von mindestens 48 Stunden pro Woche
- zutreffendenfalls Ausbildungsnachweis oder fachspezifische Ermächtigung der Betreuungsperson(en) durch einen Arzt / eine Ärztin oder diplomiertes Pflegepersonal
- zutreffendenfalls ein Nachweis über die Bestellung zum Sachwalter / zur Sachwalterin für die pflegebedürftige Person
- zutreffendenfalls eine Vertretungsvollmacht (= Vertretungsbefugnis vom Notar oder Vorsorgevollmacht)
- zutreffendenfalls Kontoerklärung

Erklärung der Betreuungskraft 1:

Hiermit erkläre ich,

.....

(Name der Betreuungskraft

.....

(Adresse der Betreuungskraft in Österreich)

☐ bei der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG pflichtversichert zu sein

☐ bei einem sonstigen Sozialversicherungsträger versichert zu sein

Bezeichnung des Versicherungsträgers

Die monatlichen Beiträge belaufen sich auf € .

Ich erkläre meine Zustimmung, dass das Sozialministeriumservice die für die Erledigung des Ansuchens und die zur Überprüfung der Fördervoraussetzungen unerlässlichen Daten einholt und an die Sozialversicherungsträger übermittelt.

....., ...

(Ort, Datum) (Unterschrift der Betreuungskraft)

Erklärung der Betreuungskraft 2:

Hiermit erkläre ich,

.....

(Name der Betreuungskraft

.....

(Adresse der Betreuungskraft in Österreich)

☐ bei der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 GSVG pflichtversichert zu sein

☐ bei einem sonstigen Sozialversicherungsträger versichert zu sein

Bezeichnung des Versicherungsträgers

Die monatlichen Beiträge belaufen sich auf € .

Ich erkläre meine Zustimmung, dass das Sozialministeriumservice die für die Erledigung des Ansuchens und die zur Überprüfung der Fördervoraussetzungen unerlässlichen Daten einholt und an die Sozialversicherungsträger übermittelt.

....., ...

(Ort, Datum) (Unterschrift der Betreuungskraft)

Antragstellung

Ansuchen auf Gewährung eines Zuschusses sind nach Möglichkeit **vor** Beginn des Betreuungsverhältnisses bzw. **in zeitlicher Nähe** zur Begründung desselben einzubringen.

Ein Antrag ist dann noch in zeitlicher Nähe zum Beginn des Betreuungsverhältnisses eingebracht, wenn er spätestens in dem Monat einlangt, der auf den Beginn des Betreuungsverhältnisses folgt.

Bei später einlangenden Anträgen ist eine Förderung frühestens mit Beginn des Monates vor der Antragstellung möglich.

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 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