|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ../../kopfcol.jpgAn

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  die Bezirkshauptmannschaft |       |
| [ ]  den Magistrat Graz  |  |

 | \\fs01\lalej1\kopfcol.jpg |
|  |
| Eingangsstempel |

# Kostenzuschuss zur mobilen Pflege gem. § 9 SHG – Antrag



Einen Anspruch auf einen Kostenzuschuss zur mobilen Pflege haben jene Personen, die ihren Lebensbedarf auf Grund ihrer Pflege oder Betreuungsbedürftigkeit sonst nicht in zumutbarer Weise ausreichend decken können.



|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bitte beachten Sie:** | **\*** | **Angabe(n) erforderlich** | **i** | **Information zum Ausfüllen** | [x]  | **Zutreffendes bitte ankreuzen** |

|  |
| --- |
| 1. Antrag auf Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfs |
| [ ]  | Ich beantrage Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfs in Form eines Kostenzuschusses zur mobilen Pflege |
| Name der Betreuungsagentur | **\*** |       |
| Straße | **\*** |  |       | Hausnummer/Tür | **\*** |  |       |
| Postleitzahl | **\*** |  |       | Ort | \* |  |       |
| ab (tt.mm.jjjj) | **\*** | **i** |       | bis (tt.mm.jjjj) |  | **i** |       |
| **i** | **ab:** Gewährung erst ab Antragsdatum möglich**bis:** bei befristeter Betreuungsdauer |
| 1.1 Antragsteller/in |
| Familienname | **\*** |  |       | akad. Grad |  |  |       |
| frühere/r Familienname/n |  | **i** |       |
| Vorname/n | **\*** |  |       | Geschlecht | **\*** |  | [ ]  | männlich | [ ]  | weiblich |
| Geburtsdatum | **\*** |  |       | Geburtsort | **\*** |  |       |
| Staats-angehörigkeit | **\*** |  |       | SV-Nummer | **\*** |  |       |
| Aufenthaltstitel |  | **i** |       | Aufenthaltsdauer |  |  |       |
| Straße | **\*** |  |       | Hausnummer/Tür | **\*** |       |
| Postleitzahl | **\*** |  |       | Ort | **\*** |  |       |
| Telefon | **\*** |  |       | E-Mail\* |       |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Familienstand | **\*** |  | [ ]  | ledig | [ ]  | verheiratet | [ ]  | geschieden | [ ]  | getrennt lebend |
|  |  |  | [ ]  | verwitwet | [ ]  | eingetragene Partnerschaft | [ ]  | Lebensgemeinschaft seit (tt.mm.jjjj)) |       |
| Kranken-versicherung | **\*** |  | [ ]  | JA | [ ]  | NEIN | Krankenkasse |       |
|  |  |  | [ ]  | selbst-versichert | [ ]  | mitversichert bei |       |
| **i** | **Frühere/r Familienname/n**: Wenn zutreffend, dann ausfüllen.Wenn Nicht-Österreicher/in: Art des **Aufenthaltstitels** und bei Befristung **Dauer** der Gültigkeit des Aufenthaltstitels anführen sowie Nachweis der Haftungserklärung nach dem Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetzt (NAG) beilegen |

|  |
| --- |
| 2. Vertretungen und Angehörige |
| 2.1 Gerichtliche/r Erwachsenenvertreter/in / Sachwalterschaft |
| **Gerichtliche/r Erwachsenen-vertreter/in bzw. Sachwalter/in** | **\*** | **i** | [ ]  | JA  | [ ]  | NEIN |
| Verfahren anhängig |  |  | [ ]  | JA | [ ]  | 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** | [ ]  | JA | [ ]  | NEIN |
| Registrierungs-datum (tt.mm.yyyy) |  |  |       |  |
| 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** | [ ]  | JA | [ ]  | NEIN |
| Registrierungs-datum (tt.mm.yyyy) |  |  |       |  |
| 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** | [ ]  | JA | [ ]  | NEIN |
| Vorsorgefall eingetreten |  |  | [ ]  | JA | [ ]  | 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 Vertretungsverzeichnis |

|  |
| --- |
| 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 |
| 2.6 Angehörige/r |
| Verwandtschafts-/ Beziehungs-verhältnis | **\*** | **i** |       |
| Familienname | **\*** |  |       |
| Vorname/n | **\*** |  |       | akad. Grad |  |       |
| Geburtsdatum | **\*** |  |       | SV-Nummer | **\*** | **i** |       |
| Straße | **\*** |  |       | Hausnummer/Tür | **\*** |       |
| Postleitzahl | **\*** |  |       | Ort | \* |  |       |
| Telefon | **\*** |  |       | E-Mail |       |
| **i** | **Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis**: Ehegatte/Ehegattin, Kind etc.**Sozialversicherungsnummer:** Diese ist nur beim Ehegatten/Ehegattin beim eingetragenen Partner/bei der eingetragenen Partnerin anzugeben |

|  |
| --- |
| 2.7 Sonstige Kontaktperson des/der Antragsteller/in (Pflegebedürftigen) |
| Familienname | **\*** |  |       |
| Vorname/n | **\*** |  |       | akad. Grad |  |       |
| Straße | **\*** |  |       | Hausnummer/Tür | **\*** |       |
| Postleitzahl | **\*** |  |       | Ort | **\*** |  |       |
| Telefon | **\*** |  |       | E-Mail |       |

|  |
| --- |
| 3. Nettoeinkommen (ohne Pflegegeld) \* |
| Pensions-/ Rentenleistungen **i** | [ ]  JA | [ ]  NEIN |  |
| mtl. | € |       | auszahlende Stelle |       |
| mtl. | € |       | auszahlende Stelle |       |
| mtl. | € |       | auszahlende Stelle |       |
| mtl. | € |       | auszahlende Stelle |       |
| mtl. | € |       | auszahlende Stelle |       |
| Pension beantragt | [ ]  JA | [ ]  NEIN | am (tt.mm.jjjj) |       | bei |       |
| Leistungen des AMS | [ ]  JA | [ ]  NEIN | tgl. | € |       |  |
| auszahlende Stelle |       |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Krankengeld | [ ]  JA | [ ]  NEIN | tgl. | € |       |  |
| auszahlende Stelle |       |  |
| titulierter Unterhalt | [ ]  JA | [ ]  NEIN | mtl. | € |       |  |  |
| Gerichtsbeschluss/-urteil vom (tt.mm.jjjj) |       | Bezirksgericht u. GZ |       |
| Verpflichtete/r |       |  |
| Unterhaltsleistung vom im Haushalt lebenden Ehegatten/-gattin/Partner/in (bei Verpartnerung) | [ ]  JA | [ ]  NEIN | mtl. | € |       |  |
| Verpflichtete/r |       |  |
| Einkommen des Ehegatten/Ehegatten/ (Partner/Partnerin (bei Verpartnerung) | mtl. | € |       |
| Einnahmen aus Vermietung/ Verpachtung | [ ]  JA | [ ]  NEIN | mtl. | € |       |  |
| Leibrente | [ ]  JA | [ ]  NEIN | mtl. | € |       | Verpflichtete/r |       |
| Vertrag vom (tt.mm.jjjj) |       |  |
| Einkünfte aus Kapital-vermögen **i** | [ ]  JA | [ ]  NEIN | [ ]  mtl.[ ]  vj.[ ]  halbj.[ ]  jährl. | € |       | [ ]  mtl.[ ]  vj.[ ]  halbj.[ ]  jährl. | € |       |
| sonstige Einkünfte **i** | [ ]  JA | [ ]  NEIN | [ ]  mtl.[ ]  vj.[ ]  halbj.[ ]  jährl. | € |       | [ ]  mtl.[ ]  vj.[ ]  halbj.[ ]  jährl. | € |       |
| sonstige vertragliche Leistungen **i** | [ ]  JA | [ ]  NEIN | Art |  |       |  |  |  |
|  |  |  | [ ]  mtl.[ ]  vj.[ ]  halbj.[ ]  jährl. |  |       | [ ]  mtl.[ ]  vj.[ ]  halbj.[ ]  jährl. | € |       |
| **i** | **Einkommen gemäß § 1 StSHG-DVO,** **Pensions-/Rentenleistungen, Ruhe-/Versorgungs-/Auslagenbezüge** in- und/oder ausländische Pensions- und Rentenleistungen, Bezüge aus einer in- oder/und ausländischen gesetzlichen Kranken- oder Unfallversorgung, aus in- oder/und ausländischen Pensionskassen, Zuwendungen von Privatstiftungen, soweit sie als Bezüge anzusehen sind, Bezüge und Vorteile aus Unterstützungskassen/Unterstützungseinrichtungen, Rückzahlungen von Pflichtbeiträgen) **Leistungen des Arbeitsmarktservice**: Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss, Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes**Unterhalt:** Sämtliche vollstreckbaren titulierten Unterhaltsansprüche (z. B. aus einem Scheidungsbeschluss oder aus einem Urteil, auch wenn die Scheidung schon länger zurückliegen sollte; gerichtlich festgelegte Unterhaltsansprüche von Eltern gegen ihre Kinder usw.) – unabhängig von der Person des Unterhaltsverpflichteten – sind anzuführen, auch wenn bislang kein Unterhalt bezogen wurde.**Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung**; auch Einnahmen aus Fruchtgenuss**Einkünfte aus Kapitalvermögen**: Einkünfte aus der Überlassung von Kapital (z. B. Gewinnanteile und sonstige Bezüge aus Aktien oder aus Gesellschaftsanteilen, Zinsen und andere Erträgnisse aus Kapitalforderungen, bspw. aus Darlehen, Anleihen, Hypotheken, Guthaben bei Kreditinstituten, Boni, Kupons)**Sonstige Einkünfte**: Darunter fallen z. B. Funktionsgebühren („Funktionärsbezüge“)**Sonstige vertragliche Leistungen:** z. B. Medikamentenkosten**Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft** **Einkünfte aus Gewerbebetrieb**  |

|  |
| --- |
| 4. Förderungen und sonstige Beihilfen \* |
| inländisches Pflegegeld **i** | [ ]  JA | [ ]  NEIN | mtl. | € |       | Stufe |       |
| auszahlende Stelle |       |  |
| Pflegegeld(erhöhung) beantragt am (tt.mm.jjjj) |       |  |
| ausländisches Pflegegeld | [ ]  JA | [ ]  NEIN | mtl. | € |       |  |
| auszahlende Stelle |       |  |
| Familienbeihilfe | [ ]  JA | [ ]  NEIN | mtl. | € |       | erhöhte Familienbeihilfe | [ ]  JA[ ]  NEIN |
| auszahlende Stelle |       |  |
| Behindertenhilfe | [ ]  JA | [ ]  NEIN | mtl. | € |       |  |
| auszahlende Stelle |       |  |
| Förderung 24-Stunden-Betreuung | [ ]  JA | [ ]  NEIN | mtl. | € |       |  |
| auszahlende Stelle |       |  |
| Sonstiges | [ ]  JA | [ ]  NEIN | mtl. | € |       |  |
| auszahlende Stelle |       |  |
| **i** | **Pflegegeld(erhöhung) beantragt am:** Dieses Feld ist nur auszufüllen, wenn Pflegegeld oder eine Erhöhung desselbigen bereits beantragt wurden, die Entscheidung der Behörde jedoch noch ausständig ist. |

|  |
| --- |
| 5. Unterhaltspflicht gegenüber Dritten \* |
| Unterhalt | [ ]  JA | [ ]  NEIN | mtl. | € |       | Empfänger/in |       |
| Gerichtsbeschluss/-urteil/ Vergleich vom  |       | Bezirksgericht u. GZ |       |

|  |
| --- |
| 6. Vermögen \* |
| Bargeld | [ ]  JA | [ ]  NEIN | € |       |  |
| (Spar-) Kontenguthaben | [ ]  JA | [ ]  NEIN |  |
| Bankinstitut |       | € |       | IBAN |       |
| Bankinstitut |       | € |       | IBAN |       |
| Bankinstitut |       | € |       | IBAN |       |
| Bausparvertrag | [ ]  JA | [ ]  NEIN | € |       |  |
| Bausparkasse |       | Vertragsnr. |       |
| Sparbuchguthaben | [ ]  JA | [ ]  NEIN | € |       | Bankinstitut |       |
| Verwahrung der Sparbücher durch |       |
| Lebensversicherung | [ ]  JA | [ ]  NEIN | Polizzen-Nummer |       |
| Versicherungsgesellschaft |       |  |
| Ablebensversicherung | [ ]  JA | [ ]  NEIN | Polizzen-Nummer |       |
| Versicherungsgesellschaft |       |  |
| Haus/Grundstück | [ ]  JA | [ ]  NEIN | Adresse |       |
| Katastralgemeinde |       | Einlagezahl |       |
| Eigentumswohnung in | [ ]  JA | [ ]  NEIN | Adresse |       |
| Katastralgemeinde |       | Einlagezahl |       |
| Wohnrecht  | [ ]  JA | [ ]  NEIN | Verpflichtete/r |       |
| Ausgedinge | [ ]  JA | [ ]  NEIN | Verpflichtete/r |       |
| Fahrzeug/e | [ ]  JA | [ ]  NEIN | Marke/n und Baujahr/e |       |
| sonstiges Vermögen **i**  | [ ]  JA | [ ]  NEIN | € |       |  |
| **i** | falls zutreffend: Bitte Nachstehendes ausfüllen. |
| **\*** | **sonstige Vermögenswerte:** z. B. Wertpapiere |

|  |
| --- |
| 7. Angaben für ein allfälliges Rückersatzverfahren \* * betreffend Verpflichtete aus Unterhaltstiteln;
* betreffend Geschenknehmerinnen/Geschenknehmer;
* betreffend Dritte, gegen die Hilfeempfängerin/der Hilfeempfänger Rechtsansprüche oder Forderungen hat (z. B. Ansprüche aus Leibrentenverträgen oder Übergabsverträgen – in diesen Fällen können auch Angehörige, wie z. B. Kinder, betroffen sein!)
 |
| Gab es innerhalb der letzten fünf Jahre vor, während oder nach Beginn der Hilfeleistung eine Schenkung oder Übertragung von Vermögen ohne entsprechende Gegenleistung? | [ ]  JA | [ ]  NEIN |
| Datum (tt.mm.yyyy) |       | Höhe | € |       |
| Ersatzpflichtige Person i |
| Familienname |  |  |       |
| Vorname/n |  |  |       | akad. Grad |       |
| Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis |  |  |       | Geschlecht |  |  | [ ]  | männlich | [ ]  | weiblich |
| Straße |  |  |       | Hausnummer/Tür |  |  |       |
| Postleitzahl |  |  |       | Ort |  |  |       |
| **i** | Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; aus Übergabsverträgen; Geschenknehmerinnen/Geschenknehmer; Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat |
|  weitere ersatzpflichtige Person i |
| Familienname |  |  |       |
| Vorname/n |  |  |       | akad. Grad |       |
| Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis |  |  |       | Geschlecht |  |  | [ ]  | männlich | [ ]  | weiblich |
| Straße |  |  |       | Hausnummer/Tür |  |  |       |
| Postleitzahl |  |  |       | Ort |  |  |       |
| **i** | Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; aus Übergabsverträgen; Geschenknehmerinnen/Geschenknehmer; Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat |
|  weitere ersatzpflichtige Person i |
| Familienname |  |  |       |
| Vorname/n |  |  |       | akad. Grad |       |
| Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis |  |  |       | Geschlecht |  |  | [ ]  | männlich | [ ]  | weiblich |
| Straße |  |  |       | Hausnummer/Tür |  |  |       |
| Postleitzahl |  |  |       | Ort |  |  |       |
| **i** | Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; aus Übergabsverträgen; Geschenknehmerinnen/Geschenknehmer; Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat |

|  |
| --- |
| 8. Kosten der mobilen Pflege |
| [ ]  | 24-Stunden-Betreuung |  |  | mtl. | € |       |  |
| [ ]  | einmalige Kosten |  |  | mtl. | € |       | Art der Kosten |  |       |
| [ ]  | Fahrtkosten |  |  | mtl. | € |       |  |
| [ ]  | Kost und Logis |  | **i** | mtl. | € |       |  |
| [ ]  | sonstige Kosten |  |  | mtl. | € |       | Art der Kosten |  |       |
| **i** | Aufwendungen für Kost und Logis werden bis zur Höhe des vom Bundesministerium für Finanzen festgelegten Betrags für die steuerliche Absetzbarkeit der Kosten für Unterkunft und Verpflegung des Betreuungs-/Pflegepersonals (siehe Beilage) berücksichtigt. |
| [ ]  | Mobile Hauskrankenpflege |  |
|  | DGKP | Stunden pro Monat |       | mtl. | € |       |
|  | Pflegeassistenz | Stunden pro Monat |       | mtl. | € |       |
|  | Heimhilfe | Stunden pro Monat |       | mtl. | € |       |
| [ ]  | Betreutes Wohnen |  |  | mtl. | € |       |  |
| [ ]  | Tagesbetreuung |  |  | mtl. | € |  |  |
| [ ]  | Sonstige |  |  | mtl. | € |       | Art der Kosten |       |

|  |
| --- |
| **9. Beilagen: Folgende Unterlagen sind von der antragstellenden Person in Kopie anzuschließen** |
| [ ]  | Einkommensnachweise zumindest der letzten zwölf Monate (z. B. AMS-Bestätigung, Pensionsmitteilung, Rentennachweis, Unfallrente, private Pensionsvorsorge, Beschluss über Unterhaltsanspruch, Krankengeld, Mieteinnahmen, Pflegegeldbezüge, Nachweis über Leibrente, Vorlage von Kontoauszügen) |
| [ ]  | Nachweis über Steuergutschriften |
| [ ]  | bei Einkünften aus selbstständiger Arbeit, Einkünften aus Vermietung/Verpachtung sowie Kapitalerträgen: Einkommenssteuerbescheid der letzten drei Wirtschaftsjahre |
| [ ]  | Nachweise für Einkünfte aus Kapitalvermögen und sonstigen Einkünften (z. B. (Zins)Einnahmen aus Wertpapieren, Fondsanlagen, Sparbücher oder Sparbuchauszüge, Lebensversicherung, Wertpapiere, Aktien, Begräbniskostenversicherung) |
| [ ]  | Vermögensnachweise (z. B. Kontoauszüge, Bausparvertrag, Sparbücher, Lebensversicherung, Wertpapiere) |
| [ ]  | Verträge im Zusammenhang mit der 24-Stunden-Betreuung (Vermittlung über Agentur, Werkvertrag/Werkverträge über Leistungen in der Personenbetreuung, Dienstvertrag) |
| [ ]  | Grundbuchsauszüge der Liegenschaften / Immobilien |
| [ ]  | Leibrenten- / Übergabs- / Schenkungsverträge |
| [ ]  | Zulassungs- bzw. Typenscheine (falls die antragstellende Person im Besitz eines Fahrzeuges ist) |
| [ ]  | Scheidungsurteil / Vergleichsausfertigung (jeweils mit Rechtskraftvermerk) |
| [ ]  | 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 |
| [ ]  | sonstige Nachweise über Förderungen / Zuschüsse / Beihilfen: z. B. Hauskrankenpflege, Wohnunterstützung, Zuschuss des Sozialministeriums betreffend 24-Stunden-Betreuung |
| [ ]  | sonstige Nachweise über Ausgaben: z. B. Rechnungen betreffend 24-Stunden-Betreuung, Hauskrankenpflege, Ausgaben für mobile Dienste, etc. |
| [ ]  | Nachweis über geleistete Unterhaltsleistungen |
|  **Wenn Nicht-Österreicher/in:** |
| [ ]  | Haftungserklärung nach Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG) |
| [ ]  | Nachweis über den Aufenthaltstitel, z. B. Anmeldebescheinigung bei EWR-Bürger/-innen  |

|  |
| --- |
| **10. 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 zugrundliegenden 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 Datenschutzbeauftragten

auf der Datenschutz-Informationsseite (<https://datenschutz.stmk.gv.at>) oder am beigefügten Datenschutz-Informationsblatt gelesen. |

|  |
| --- |
| **11. Erklärung** |
| **Ich erkläre ausdrücklich,*** dass sämtliche Informationen vollständig und wahrheitsgemäß offengelegt wurden;
* meine Zustimmung, dass der Träger der Sozialhilfe zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit, zur Gewährung, Kürzung, Einstellung von Sozialhilfeleistungen sowie zur Durchsetzung der Ersatzansprüche meine Daten über den Gesundheitszustand durch Ärzte, Pflegepersonen (z. B. medizinische Befunde und Sachverständigengutachten) und Auskünfte über meinen Gesundheitszustand durch Ärzte, durch Krankenanstalten, durch Pflege- und Betreuungspersonen, durch Schadenersatzpflichtige erhält;
* meine Zustimmung, dass der (Rest-)Kostenübernahmebescheid zum Zwecke der Pensionsteilung an den/die Pensionsversicherungsträger übermittelt werden darf;
* mein Einverständnis, dass die Behörde oder in deren Auftrag tätige Dritte (z. B. Sachverständige) in die Pflegedokumentation der mobilen Dienste Einsicht nehmen dürfen.

**Ich bevollmächtige** die Bezirkshauptmannschaft/den Magistrat Graz, eine Namensabfrage von Eigentumswerten beim Bezirksgericht, im Grundbuch, österreichweit durchzuführen. **Ich verpflichte mich, dass** * ich Ansprüche gegen Dritte in den Grenzen des § 5 Abs. 2 SHG verfolgen werde;
* ich Änderungen der für die Leistung maßgeblichen Umstände, insbesondere der Vermögens-,Einkommens- und Familienverhältnisse unverzüglich der Behörde melden werde.

**Ich nehme zur Kenntnis, dass*** die Verletzung der Mitteilungspflicht Sanktionen nach sich ziehen kann. Insbesondere können falsche Angaben oder das Verschweigen maßgebender Tatsachen die Einstellung und Rückforderung der bezogenen Leistung bewirken. Außerdem kann ich in solchen Fällen eine (Verwaltungs-) Strafanzeige gegen mich erstattet werden kann (§ 32 SHG);
* ich gemäß den gesetzlichen Bestimmungen aus meinem Einkommen (Pension, Pflegegeld, Mieteinnahmen, Leibrentenvertrag, Einnahmen aus Kapitalvermögen etc.) den Aufwand der Pflege und Betreuung zu tragen habe;
* ich dem Sozialhilfeträger den Aufwand aus meinem Vermögen zu ersetzen habe und, dass gemäß § 28 SHG auch andere Personen (z. B. Erbinnen/Erben, Unterhaltsverpflichtete, sonstige Personen aus vertraglichen oder gesetzlichen Verpflichtungen) zu einer Ersatzpflicht herangezogen werden können;
* bei Vorhandensein von Haus- oder Grundbesitz oder einer in meinem Eigentum stehenden Wohnung Leistungen der Sozialhilfe grundbücherlich sichergestellt werden können.
 |
| Ort |       | --------------------------------------------------------------------------------- |
| Datum (tt.mm.yyyy) |       | **Unterschrift** |
| **Unterschrift wurde geleistet durch:** |
| [ ]  | Antragsteller/in  | [ ]  | gerichtliche/n Erwachsenenvertreter/in (Sachwalter/in) | [ ]  | vertretungsbefugte/n nächste/n Angehörige/n |
| [ ]  | gesetzliche/n Vertreter/in | [ ]  | gesetzliche/n Erwachsenenvertreter/in | [ ]  | gewählte/n Erwachsenenvertreter/in |
| [ ]  | Bevollmächtigte/r |  |
| Familienname |  |  |       | Vorname/n |  |  |       | akad. Grad |       |
| Straße |  |  |       | Hausnummer/Tür |  |  |       |
| Postleitzahl |  |  |       | Ort |  |  |       |
| Telefon |  |  |       | E-Mail |       |

 Anlage 1

**Kostenzuschuss zur mobilen Pflege**

**Richtsätze**

|  |  |
| --- | --- |
| Kost & Logis (Obergrenze)[[1]](#footnote-2): | EUR 196,20 |
| Lebensbedarf[[2]](#footnote-3): | Die Höhe für den Lebensbedarf richtet sich nach dem Mindeststandard für den Lebensunterhalt und den Wohnbedarf gem. § 10 Steiermärkisches Mindestsicherungsgesetz ([StMSG](https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20000428)). Die derzeitige Höhe können Sie § 3 der Durchführungsverordnung zum Steiermärkischen Mindestsicherungsgesetz ([StMSG-DVO 2016](https://elak-web/fsc/fscasp/content/bin/fscvext.dll?ax=COO.1.1001.1.32498)) entnehmen. |

1. Betreuung im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit, <https://www.bmf.gv.at/steuern/familien-kinder/hausbetreuung-pflege/betreuung-selbstaendige-taetigkeit.html>, Download vom 14.01.2019 [↑](#footnote-ref-2)
2. StMSG, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20000428>, Download vom 21.08.2019

 StMSG-DVO 2016, https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20001328, Download vom 14.01.2019 [↑](#footnote-ref-3)