

An das
 Amt der Burgenländischen Landesregierung
 Abteilung 6 – Hauptreferat Sozialwesen
 Europaplatz 1
 7000 Eisenstadt

Eingangsstempel

Betrifft: Ansuchen für die Gewährung von Zuwendungen zur Unterstützung pflegender Angehöriger nach dem Burgenländischen Pflegegeldgesetz

1) Zuwendungswerber/ Zuwendungswerberin/Antragsteller (= Hauptpflegeperson):		
Familienname	Vorname	VSNR (Geburtsdatum)
Anschrift		Telefon-Nr.:

2) Daten der pflegebedürftigen Person:		
Familienname	Vorname	VSNR (Geburtsdatum)

3) Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person:	
<input type="checkbox"/> verwandt in gerader Linie: (z.B. Vater, Mutter, Kind, Enkel, Urenkel, Großvater, Großmutter) <input type="checkbox"/> Ehegatte / Ehegattin <input type="checkbox"/> Lebensgefährte / Lebensgefährtin <input type="checkbox"/> Wahl-, Stief-, Pflegekind <input type="checkbox"/> Nichte / Neffe	<input type="checkbox"/> Bruder / Schwester <input type="checkbox"/> Schwiegerkind <input type="checkbox"/> Schwiegermutter / Schwiegervater <input type="checkbox"/> Schwager / Schwägerin

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ bzw. ergänzen!

7) Ich ermächtige das Amt der Bgld. Landesregierung, Abteilung 6, Hauptreferat Sozialwesen, die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu überprüfen.

8) Ich verpflichte mich, die Zuwendung zurückzuzahlen, wenn

- a) ich wesentliche Umstände verschwiegen oder unwahre Angaben gemacht habe,**
- b) die erforderliche Ersatzpflege nicht oder durch mein Verschulden nicht rechtzeitig durchgeführt wurde,**
- c) die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung durch mein Verschulden erschwert oder vereitelt wird.**

9) Weiters verpflichte ich mich, jederzeit die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung zu ermöglichen.

10) Ich nehme außerdem zur Kenntnis, dass

- a) eine Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds nur unter den vorstehend genannten Bedingungen gewährt wird, und
- b) auf Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds kein Rechtsanspruch besteht.

11) Ich bestätige hiermit verbindlich, dass meine Angaben wahr und vollständig sind und erkläre weiters, dass ich

- die Hauptpflegeperson bin
 - und die Pflege der pflegebedürftigen Person seit mindestens einem Jahr überwiegend durchführe
- sowie an der Erbringung der Pflege verhindert bin / war wegen
- Krankheit
 - Urlaub oder
 - sonstiger wichtiger Gründe
(bitte diese wichtigen Gründe angeben bzw. genau schildern)

Dauer der Verhinderung von _____ bis _____
von _____ bis _____

Hinweis:

Zuwendungen für pflegende Angehörige werden generell nur dann bewilligt, **wenn ein zeitlicher Zusammenhang von längstens etwa 6 Monaten** zwischen der Verhinderung an der Pflege und der Einbringung des Ansuchens (Antrages) gegeben ist.

12) <input type="checkbox"/> Die Anweisung eines allfälligen Zuwendungsbetrages möge auf folgendes Konto erfolgen: bei der (Bankinstitut): lautend auf: Konto-Nr.: BLZ:
<input type="checkbox"/> Ich verfüge über kein Konto und ersuche um Baranweisung eines allfälligen Zuwendungsbetrages.

(Ort und Datum)

Unterschrift des Zuwendungswerbers /
der Zuwendungswerberin

Folgende Unterlagen schließe ich dem Antrag bei:

- letzten Bescheid / letztes Urteil über die Zuerkennung von Pflegegeld nach dem Burgenländischen Pflegegeldgesetz (Bgl. PGG) zumindest der Stufe 3 der pflegebedürftigen Person bzw. bei minderjährigen pflegebedürftigen oder nachweislich demenziell erkrankten Personen der Stufe 1
- meine Einkommensverhältnisse
- Nachweis über die Kosten der in Anspruch genommenen professionellen Hilfe sowie eine Bestätigung, dass ich die Kosten beglichen habe
- Erklärung darüber, dass private Hilfe in Anspruch genommen wurde
- gegebenenfalls einen Nachweis über das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung durch
 - einen Befundbericht einer neurologischen oder psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses,
 - einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik bzw. Ambulanz oder
 - eines gerontopsychiatrischen Zentrums
 - eines Facharztes für Psychiatrie und/oder Neurologie

Bestätigung über die Durchführung der privaten Ersatzpflege:

Hiemit bestätige ich / bestätigen wir

.....
(Name der Person / Personen, die die Ersatzpflege durchgeführt hat / haben)

für die Dauer

von:

bis einschließlich:

die private Ersatzpflege für Herrn / Frau

.....
(Name des / der Pflegebedürftigen)

übernommen und dafür ein entsprechendes Entgelt erhalten zu haben.

(Ort und Datum)

Unterschrift der Person/en, die die
Ersatzpflege durchgeführt hat/haben

**Ansuchen und weitere Anfragen richten Sie bitte an das Amt der
Burgenländischen Landesregierung, Abteilung 6, Hauptreferat Sozialwesen
Telefon: 057600/ 2333 DW**