



Antrag auf die Gewährung einer Zuschussleistung für den Sozialen Dienst **Entlastung von pflegenden Angehörigen** (§22Abs. 2 Z 10 Salzburger Sozialhilfegesetz)

☐ **Neuantrag** ☐ **Änderung**

Der Antrag ist vollständig auszufüllen
☒ Zutreffendes bitte ankreuzen
und anschließend ausschließlich an die
Abteilung 3 : Soziales zu übermitteln

1. Vermerke der Organisation

(von der Organisation / Träger auszufüllen)

Bezeichnung der Organisation (inkl. Erreichbarkeit der Einsatzleitung)

- ☐ **Angehörigenentlastung durch Einsatz von Personal der Haushaltshilfe**
☐ **Angehörigenentlastung durch Einsatz von Personal der Hauskrankenpflege**

2. Leistungsumfang

Beantragte Monatsstunden: (Hinweis: maximal 10 Stunden bzw. 20 Stunden ab PG 5)

Gesamt-Stunden:

Gesamt-Einsätze:

Montag - Freitag

Samstag

Stunden:

Stunden:

Einsätze:

Einsätze:

3. Antragsteller/in (pflegebedürftige Person)

Familiennamen, akad. Grad		Vorname	
Adresse (Straße, Hausnummer, Stiege/Stock/Tür, PLZ, Ort)		Tel Nr:	
Staatsbürgerschaft	Aufenthaltstitel	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich	
Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ eingetragene Partnerschaft ☐ Sonstiges		SVNR	Geb.Datum
Erfolgt aktuell eine Versorgung im Rahmen einer 24-Stunden-Betreuung?			☐ ja ☐ nein
Wird aktuell ein Produkt/Einrichtung der "Hilfe zur Teilhabe" (Behindertenhilfe) in Anspruch genommen?			☐ ja ☐ nein

Pflegegeld: (Hinweis: bei Pflegegeldstufe 1 und 2 sind ärztliche Atteste zum Nachweis des Vorliegens von Demenz und/oder einer zerebralen Erkrankung vorzulegen; z.B. Attest einer Fachärztin/eines Facharztes für Neurologie und/oder Psychiatrie, einer neurologischen oder psychiatrischen Fachabteilung, etc.)

PG1 ☐ PG2 ☐ ☐ ärztliches Attest liegt bei

PG3 ☐ PG4 ☐ PG5 ☐ PG6 ☐ PG7 ☐

Ausländisches Pflegegeld ☐ ☐ Nachweis liegt bei

Weitere im gemeinsamen Haushalt lebende Personen:

Familienname, Akad. Grad

Vorname

Geb.Datum

4. Vertreter/in:

Nachweis wie z.B. Bestellsurkunde ist beizulegen. Sollte der Nachweis bereits der Behörde vorgelegt worden sein, kann der Nachweis entfallen. Bitte hier dokumentieren: ☐ liegt dem Land bereits vor

Nachstehende Person ist:

(Detaildaten wie z.B. Name, etc. nur auszufüllen, wenn Person nicht selbe Person wie folgend Punkt 5 ist)

☐ Vertretung nach dem Erwachsenenschutzgesetz (Vorsorgevollmacht, gesetzlicher/gewählter/gerichtlicher Erwachsenenvertreter/in)

☐ Bevollmächtigte/r

☐ Obsorgeberechtigte/r

Nachweis beigegeben: Bsp. Bestellsurkunde, Gerichtsbeschluss, etc.

☐ Ja

☐ Wurde bereits im Verfahren z.B. Soziale Dienste vorgelegt

Pflegende/r Angehörige/r = Vertreter/In: ☐ Ja

☐ Nein

Familienname, Akad. Grad

Vornamen

Tel Nr.

Adresse (Straße, Hausnummer, Stiege/Stock/Tür, PLZ, Ort)

5. Pflegende/r Angehörige/r (Hauptpflegeperson)

Familienname, akad. Grad

Vorname

Geburtsdatum

Adresse (Straße, Hausnummer, Stiege/Stock/Tür, PLZ, Ort)

Tel Nr:

Verwandtschaftsverhältnis: (bitte Verwandtschaftsverhältnis genau anführen)

☐ verwandt in erster Linie (z.B. Eltern, Kind, Enkel, Großeltern):

☐ Ehegattin / Ehegatte ☐ eingetragene/r Partnerin / Partner ☐ Sonstige lt Richtlinie §3:

Antragsteller/In kann nicht 3 Stunden und länger alleine gelassen werden. Bitte Begründung dafür angeben / welche Ursachen gibt es: (bitte auch Angaben darüber, wie die Pflege bisher sichergestellt wurde)

6. Bestätigung Antragsteller/in (pflegebedürftige Person)

Ich nehme zur Kenntnis, dass über den Antrag erst dann entschieden werden kann, wenn der Antrag vollständig ausgefüllt wurde sowie alle erforderlichen Unterlagen und Nachweise erbracht wurden.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift verbindlich und unwiderruflich, dass

- a) die Richtlinie für die Gewährung des Zuschusses (Anhang A des Antrags) anerkannt wird;
- b) die Angaben im Ansuchen richtig und vollständig sind und zur Kenntnis genommen wird, dass wissentlich unrichtige und unvollständige Angaben eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen können;
- c) Zuschüsse, die auf Grund unrichtiger Angaben gewährt wurden, unverzüglich an das Land Salzburg zurückzuzahlen sind;
- d) Unterlagen, die vom Amt der Salzburger Landesregierung als Nachweis der Voraussetzungen für die Gewährung des Zuschusses verlangt werden, unverzüglich vorzulegen sind. Eine Einsichtnahme in derartige Unterlagen ist allen Organen des Landes, insbesondere auch dem Salzburger Rechnungshof zu gewähren
- e) anerkannt wird, dass das Vorliegen der Voraussetzungen der Zuschussgewährung durch den Sozialhilfeträger jederzeit im Rahmen eines Hausbesuchs überprüft werden kann und den Organen des Amtes der Salzburger Landesregierung hierzu Zutritt zu den Liegenschaften und Räumlichkeiten sowie Einblick in die für die Entscheidung über die Zuschussgewährung relevanten Unterlagen zu gewähren ist;
- f) dem Sozialhilfeträger jederzeit Einsicht in die im Zusammenhang mit der Leistungserbringung erstellten Aufzeichnungen, insbesondere in die seitens des Leistungserbringers zu führende Dokumentation über Einsatzzeit und erbrachten Leistungen, zu gewähren ist;
- g) dem Sozialhilfeträger etwaige Änderungen der für die Zuschussgewährung relevanten Umstände unverzüglich mitzuteilen sind.

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Vertreter ist:

- ☐ Vertreter/in n.d.
Erwachsenenschutzgesetz
- ☐ Bevollmächtigte/r
- ☐ Obsorgeberechtigte/r
- ☐ Sonstiges:

Unterschrift Vertreter/in

7. Bestätigung pflegende/r Angehörige/r

- a. Ich nehme zur Kenntnis, dass über den Antrag erst dann entschieden werden kann, wenn der Antrag vollständig ausgefüllt wurde sowie alle erforderlichen Unterlagen und Nachweise erbracht wurden.
- b. Ich erkläre hiermit, dass ich die Hauptpflegeperson bin. Ich pflege meinen Angehörigen im gemeinsamen Haushalt bzw. ich wohne in der Nachbarschaft.
- c. Ich habe die Richtlinie des Landes Salzburg für die Gewährung eines Zuschusses zur Angehörigenentlastung gemäß § 22 Abs. 2 Z 10 Salzburger Sozialhilfegesetz (Anhang A des Antrags) gelesen und zur Kenntnis genommen. Insbesondere werden die in § 8 der Richtlinie angeführten Vorgaben und Angaben der Richtlinie anerkannt mit meiner Unterschrift bestätigt.

Datum

Unterschrift Angehörige/r

Hinweis zum Datenschutz:

Das Amt der Salzburger Landesregierung bzw. die örtlich jeweils zuständige Bezirkshauptmannschaft im Bundesland Salzburg sind Verantwortliche im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten des Landes Salzburg bei den oben genannten Verantwortlichen:
Datenschutzbeauftragte des Landes Salzburg

KPMG Advisory GmbH

Datenschutzbeauftragte: Mag. Inge Roth

Adresse: Kudlichstraße 41, 4020 Linz

E-Mail: DSBA-LandSBG@kpmg.at

Tel. +43 732 6938 0

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt ausschließlich auf gesetzlicher Grundlage.

Sie haben das Recht, Auskunft bezüglich Ihrer verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ist Ihnen Auskunft zu erteilen. Im Falle einer Nichterteilung der Auskunft hat der Verantwortliche den Betroffenen auf dessen Verlangen schriftlich über die dafür maßgeblichen Gründe zu informieren, es sei denn, die Erteilung selbst dieser Information würde den Einschränkungsründen zuwiderlaufen.

Sie haben das Recht, die Berichtigung Sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten sowie die Vervollständigung unvollständiger personenbezogener Daten zu verlangen.

Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in irgendeiner Weise verletzt worden sind, können Sie sich bei der Österreichischen Datenschutzbehörde (Barichgasse 40-42, 1030 Wien, Tel.: +43 1 52 152-0, E-Mail: dsb@dsb.gv.at) beschweren.

**Den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrag
senden Sie bitte samt aller nötiger Unterlagen an:**

**Amt der Salzburger Landesregierung
Abteilung 3: Soziales
Referat Pflege und Betreuung
Fischer-von-Erlach-Straße 47
5020 Salzburg**