

Amt der Salzburger Landesregierung  
Abteilung Soziales  
Referat Zentrale Dienste,  
Planung und Controlling  
Fanny-von-Lehnert-Straße 1  
5020 Salzburg  
soziales@salzburg.gv.at

## Antrag auf Kostenerstattung für die Durchführung von PCR-Tests/Antigen-Tests von 24-Stunden-Betreuungskräften

Gefördert werden Testkosten in Zusammenhang mit der Einreise nach Österreich.  
Die Gewährung der Kostenerstattung erfolgt auf Grundlage der Sonderförderrichtlinie des Landes Salzburg für die Rückerstattung von Kosten für die Durchführung von PCR-Tests/Antigen-Tests von 24-Stunden-Betreuungskräften.

Wenn mehrere Rechnungen für Tests aus verschiedenen Monaten vorliegen, sollen diese gemeinsam eingereicht werden.

Der Antrag zur Kostenerstattung kann entweder von der betreuten Person, einem Angehörigen, oder einer Vertretung gestellt werden.

### 1. Antragstellerin/Antragsteller (Betreute Person, bzw. deren Angehörige oder Vertretung)

Stellung  Betreute Person  Angehöriger  Vertretung

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Familiename \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_ Stiege \_\_\_\_\_ Tür \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## 2. Betreute Person (nur auszufüllen, wenn nicht mit Antragstellerin/Antragsteller ident)

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Familiename \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_ Stiege \_\_\_\_\_ Tür \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## 3. Daten der Bankverbindung der der Antragstellerin/des Antragstellers oder der betreuten Person (ACHTUNG: Auszahlung auf ein anderes Bankkonto ist nicht möglich!)

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

## 4. Getestete Betreuungskraft (1)

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Familiename \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Datum und Ort  
der Testung(en) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 4.1 Getestete Betreuungskraft (2)

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Familiename \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Datum und Ort  
der Testung(en) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 4.2 Getestete Betreuungskraft (3)

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Familiename \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Datum und Ort  
der Testung(en) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wenn mehr als 3 Betreuungskräfte in einem Antrag abgerechnet werden sollten, so sind zusätzlich die Beiblätter 1 und 2 zu verwenden.

## 5. BEILAGEN

Diesem Antragsformular sind **folgende Unterlagen in Kopie VERPFLICHTEND** beizulegen:

- Nachweise über die **durchgeführte(n) Testung(en)**.
- Nachweise über die **erfolgte Zahlung** (Rechnung inklusive allfälliger Zahlungsbestätigung, soweit vorhanden Bankbeleg).
- Nachweise über die tatsächlich erfolgte 24-Stunden-Betreuung (**Honorarnote** für den Turnus, für den die Testung erfolgte).
- Nachweise der **Bankdaten** (IBAN) der Antragstellerin/des Antragstellers, wie zB. Kopie der Kontokarte bzw. Bestätigung der Bank.
- Gegebenenfalls Nachweise über das **Vertretungsverhältnis**.

## 6. Eigenerklärung

Ich bestätige, dass die allgemeinen Voraussetzungen der Sonderförderrichtlinie des Landes Salzburg für die Rückerstattung von Kosten für die Durchführung von PCR-Tests/Antigen-Tests von 24-Stunden-Betreuungskräften vorliegen.

## 7. Rechtsbelehrung

Ich versichere hiermit, vorstehende Angaben der Wahrheit entsprechend gemacht zu haben und nehme zur Kenntnis, dass ich Unterstützungen, die ich durch unwahre oder unvollständige Angaben erhalten habe, binnen eines Monats nach schriftlicher Aufforderung an das Land Salzburg zurückzahlen habe.

Ich habe diese Rechtsbelehrung gelesen, verstanden und ausdrücklich zur Kenntnis genommen.

## 8. Einwilligungserklärung zur Verwendung der Daten

Ich stimme ausdrücklich zu, dass die im Antrag angeführten personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Vorname, Adresse und Bankverbindung zum Zweck der Bearbeitung des Antrags auf Rückerstattung von Kosten für die Durchführung von PCR-Tests/Antigen-Tests von 24-Stunden-Betreuungskräften nach der Sonderförderrichtlinie des Landes Salzburg für die Rückerstattung von Kosten für die Durchführung von PCR-Tests/Antigen-Tests von 24-Stunden-Betreuungskräften, zur Führung der Evidenz über die gewährten Rückerstattungen sowie zur Auszahlung der Rückerstattungen durch das Land Salzburg nach Maßgabe der beigefügten datenschutzrechtlichen Information gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO automationsunterstützt verarbeitet und weitergegeben werden dürfen [www.salzburg.gv.at/datenschutz](http://www.salzburg.gv.at/datenschutz).

Weiters stimme ich zu, dass das Land Salzburg die für die Erledigung des Antrages erforderlichen Daten bei öffentlichen und privaten Stellen einholen bzw. überprüfen darf und auch diese Daten automationsunterstützt verarbeiten kann.

Ich habe die Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten gelesen und stimme ausdrücklich zu.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Beiblatt 1 zum Antrag auf Kostenerstattung für die Durchführung von PCR-Tests/Antigen-Tests von 24-Stunden-Betreuungskräften (falls Testungen für mehr als 3 Betreuungskräfte angefallen sind):

### 9. Getestete Betreuungskraft (4)

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Familienname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Datum und Ort der Testung(en) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 9.1 Getestete Betreuungskraft (5)

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Familienname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Datum und Ort der Testung(en) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beiblatt 2 zum Antrag auf Kostenerstattung für die Durchführung von PCR-Tests/Antigen-Tests von 24-Stunden-Betreuungskräften (falls Testungen für mehr als 5 Betreuungskräfte angefallen sind):

## 9.2 Getestete Betreuungskraft (6)

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Familienname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Datum und Ort  
der Testung(en) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 9.3 Getestete Betreuungskraft (7)

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Familienname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Datum und Ort  
der Testung(en) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_