|  |  |
| --- | --- |
| Sozialministeriumservice  Landesstelle Steiermark  Babenbergerstraße 35  8021 Graz | Eingangsstempel |

**PFLEGEKARENZ / PFLEGETEILZEIT**

**Antrag auf Pflegekarenzgeld**

(§ 21c Abs.1 des Bundespflegegeldgesetzes)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen | | | |
| 1) Antragstellerin / Antragsteller: | | | | | | |
| Nachname | | | Vorname | | | Versicherungsnummer      / |
| Geschlecht | m  w | | Telefon | | | |
| Ordentlicher Wohnsitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Tür) | | | | | | |
| Beschäftigung: | Privatwirtschaft  Öffentl. Dienst | | | | Sofern öffentlicher Dienst:  Bund  Land  Gemeinde  Beamtin/Beamter pragmatisiert | |
| Anzahl der Kinder (Stief-, Wahl- und Pflegekinder), für die Anspruch auf Familienbeihilfe besteht und zu deren Unterhalt ich wesentlich beitrage  Nachname, Vorname, geboren am  1.  2.  3. | | | | | | Beginn und Ende der Pflegekarenz/  Pflegeteilzeit  (TT/MM/JJJJ)  von  bis |

*Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ergänzen****!***

|  |  |
| --- | --- |
| 2) Angaben zur Betreuungssituation: | |
| Ich erkläre, die Pflege und Betreuung für die Dauer der Pflegekarenz oder  Pflegeteilzeit überwiegend zu erbringen. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3) Person, die im Rahmen der Pflegekarenz / Pflegeteilzeit betreut wird: | | |
| Nachname | Vorname | Versicherungsnummer      / |
| Anschrift (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Tür) | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 4) Verwandtschaftsverhältnis zur pflegebedürftigen Person: | |
| verwandt in gerader Linie :  (z.B. Vater, Mutter, Kind, Enkel, Großvater, Großmutter)  Ehegattin / Ehegatte  eingetragene/r Partnerin/Partner  Lebensgefährtin / Lebensgefährte (gemeinsamer Wohnsitz)  Schwester / Bruder  Wahl-, Stief-, Pflegekind | Wahl-, Stief-, Pflegeeltern  Schwiegerkind  Schwiegermutter/ Schwiegervater  Kind der/des Ehegattin/Ehegatten  Kind der/des eingetragenen Partnerin/Partners  Kind der/des Lebensgefährtin/Lebensgefährten |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 5) Pflegegeld: | | | | |
| Pflegegeldstufe  Auszahlende Stelle | Offenes  Pflegegeldverfahren | ja  nein | Demenzielle  Erkrankung | ja  nein |
| Ich beantrage die Gewährung bzw. Erhöhung des Pflegegeldes für die Person, die im Rahmen der Pflegekarenz/Pflegeteilzeit betreut  wird und ersuche um Weiterleitung des Antrages an den zuständigen Sozialversicherungsträger (bitte beiliegendes Formblatt für die  Beantragung des Pflegegeldes ausfüllen!) | | | | ja  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| 6) Bezug einer Förderung der 24-Stunden-Betreuung: | |
| Die von mir gepflegte Person nimmt eine 24-Stunden-Betreuung in  Anspruch, die nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen gefördert wird. | ja  nein |

|  |
| --- |
| 7) Arbeitsrechtliche Grundlage: |
| Ich habe mit meinem/r Dienstgeber/in eine **Pflegekarenz** vereinbart |
| ODER:  Ich habe mit meinem/r Dienstgeber/in eine **Pflegeteilzeit** vereinbart |
| ODER:  Ich bin derzeit ohne Beschäftigung und habe mich vom Bezug von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe oder von der Sozialversicherung nach § 34 AlVG abgemeldet |

|  |
| --- |
| 8) Bereits erfolgte Inanspruchnahme von Pflegekarenzgeld: |
| Ich habe bereits Pflegekarenzgeld in Anspruch genommen  ja, für wen (Nachname, Vorname, Versicherungsnummer)    von       bis  nein |
| Für die/den unter Punkt 3 genannte/n Pflegegeldbezieherin/Pflegegeldbezieher wurde bereits Pflegekarenzgeld in Anspruch genommen  ja, von wem (Nachname, Vorname, Versicherungsnummer)    von       bis  nein  unbekannt |

|  |  |
| --- | --- |
| 9) Bankverbindung: | |
| Institut: | |
| IBAN: | BIC: |

|  |
| --- |
| **Dem Antrag sind beizulegen:**   1. Schriftliche Vereinbarung im Sinne der §§ 14c oder 14d AVRAG mit dem/der Dienstgeber/in über die Pflegekarenz oder Pflegeteilzeit 2. Bestätigung des AMS über die Abmeldung gemäß § 32 Abs.1 AlVG oder § 34 AlVG (alternativ zu 1.) 3. Nachweis über die Höhe des reduzierten Entgelts im ersten Monat der Pflegeteilzeit 4. Nachweis über den Anspruch auf Kinderzuschläge (z.B. Mitteilung des Finanzamtes über den Bezug der Familienbeihilfe, Unterhaltsvergleich …) 5. Der ausgefüllte Pflegegeldantrag bei gleichzeitiger Beantragung der Gewährung bzw.  Erhöhung des Pflegegeldes 6. Allenfalls vorhandene Nachweise über das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung (Bestätigung z.B. durch eine Fachärztin/einen Facharzt für Neurologie und/oder Psychiatrie, eine neurologische oder psychiatrische Fachabteilung eines Krankenhauses, eine gerontopsychiatrische Tagesklinik bzw. Ambulanz oder ein gerontopsychiatrisches Zentrum) |

**Hinweise:**

Erfolgt die Antragstellung innerhalb von zwei Wochen ab Beginn der Pflegekarenz oder Pflegeteilzeit, so gebührt das Pflegekarenzgeld ab Beginn dieser Maßnahme. Wird der Antrag nach dieser Frist, jedoch vor dem Ende der Pflegekarenz oder Pflegeteilzeit gestellt, gebührt das Pflegekarenzgeld ab dem Tag der Antragstellung. Anträge, die nach dem Ende der Pflegekarenz oder Pflegeteilzeit gestellt werden, werden gemäß § 21d Abs.3 BPGG als verspätet zurückgewiesen.

Für Zeiträume, in denen ein Pflegekarenzgeld gebührt, sind finanzielle Zuwendungen zu den Kosten für Ersatzpflege (§ 21a BPGG) nicht möglich. Personen, die eine Pflegekarenz oder eine Pflegeteilzeit vereinbart haben, können für die vereinbarte Dauer keine Förderung einer   
24-Stunden-Betreuung (§ 21b BPGG) beziehen.

Das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen ist zur Verwendung von personenbezogenen Daten im Sinne des DSG 2000 insoweit ermächtigt, als diese zur Erfüllung der in § 21d Abs.1 BPGG normierten gesetzlichen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung sind.

**Schlusserklärungen:**

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich das erhaltene Pflegekarenzgeld zurückzuzahlen habe, wenn es durch unrichtige oder unvollständige Angaben über Umstände, die für die Gewährung maßgebend waren, erlangt wurde.

**Ich bekräftige durch meine Unterschrift, dass ich obige Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und verpflichte mich, das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen von jeglicher Änderung in Bezug auf die von mir gemachten Angaben umgehend in Kenntnis zu setzen, insbesondere über:**

1. **die Aufnahme der pflegebedürftigen Person in stationäre Pflege oder die Betreuung in   
   einem Pflegeheim oder ähnlichen Einrichtung,**
2. **die nicht nur vorübergehende Übernahme der Pflege oder Betreuung durch eine andere Betreuungsperson,**
3. **den Tod der pflegebedürftigen Person.**

     ,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (Ort, Datum) |  | (Unterschrift Antragsteller/in) |

**Beiblatt zur Antragstellung**

Sehr geehrte Antragstellerin!

Sehr geehrter Antragsteller!

Es ist uns ein Anliegen, den Umgang mit Formularen zur Antragstellung eines Pflegekarenzgeldes bei einer Pflegekarenz oder einer Pflegeteilzeit möglichst unkompliziert zu gestalten.

Gerade solche Situationen können für pflegende Angehörige sehr belastend sein. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihre Antragstellung soll möglichst rasch und erfolgreich behandelt werden können. Dazu brauchen wir bestimmte Informationen aber auch Nachweise um den Antrag bearbeiten zu können.

Um Ihnen bei der Antragstellung behilflich sein zu können, stellen wir Ihnen auf der Homepage des Sozialministeriumservice ([sozialministeriumservice.at](http://www.sozialministeriumservice.at/)) umfangreiches Informationsmaterial wie beispielsweise eine **Mustervereinbarung** für eine Pflegekarenz/Pflegeteilzeit mit Ihrer   
Arbeitgeberin/Ihrem Arbeitgeber oder eine „**Checkliste**“ zur Antragstellung zur Verfügung.

Darüber hinaus stehen wir Ihnen gerne bei Fragen zum Ausfüllen des Formulars telefonisch zur Verfügung. Sie erreichen uns unter der gebührenfreien Telefonnummer **05 99 88** von Montag bis Donnerstag zwischen 08.00 und 15.30 Uhr und Freitags von 08.00 bis 14.30 Uhr.

Dazu und auch zu allen weiteren Fragen rund um das Thema Pflege können Sie sich auch an das **BürgerInnenservice des Sozialministeriums** unter **+43 1 71100 - 86 22 86** (Montag bis Freitag 08.00 – 16.00 Uhr) wenden.

Bitte nehmen Sie bei Ihrem Anruf das Formular zur Hand, damit wir gemeinsam alle offenen Fragen mit Ihnen besprechen können.

Mit freundlichen Grüßen

Sozialministeriumservice