

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 <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Telefon	E-Mail
Ordentlicher Wohnsitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Tür)		
Beschäftigung: <input type="checkbox"/> Privatwirtschaft <input type="checkbox"/> Öffentl. Dienst	Sofern öffentlicher Dienst: <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land <input type="checkbox"/> Gemeinde <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter pragmatisiert	
Arbeitgeber/in (Bezeichnung und Anschrift)		
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 Pflegezeit überwiegend zu erbringen.	<input type="checkbox"/>

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

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

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

7) Arbeitsrechtliche Grundlage bei Vereinbarung mit dem/der Arbeitgeber/in:

Ich habe mit meinem/r Arbeitgeber/in eine **Pflegekarenz** vereinbart

ODER:

Ich habe mit meinem/r Arbeitgeber/in eine **Pflegezeit** vereinbart

ODER:

Ich bin derzeit ohne Beschäftigung und habe mich vom Bezug von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe oder von der Sozialversicherung nach § 34 AIVG abgemeldet

8) Arbeitsrechtliche Grundlage bei Rechtsanspruch:

Ich habe einen Rechtsanspruch auf eine **Pflegekarenz** und bestätige, dass ich bei einem Betrieb mit mehr als 5 Arbeitnehmern/innen beschäftigt bin.

ODER:

Ich habe einen Rechtsanspruch auf eine **Pflegezeit** und bestätige, dass ich bei einem Betrieb mit mehr als 5 Arbeitnehmern/innen beschäftigt bin.

9) 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

10) 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 Pflegezeit
2. Bestätigung des AMS über die Abmeldung gemäß § 32 Abs.1 AIVG oder § 34 AIVG (alternativ zu 1.)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 3. Nachweis über die Höhe des reduzierten Entgelts im ersten Monat der Pflegezeit 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 Pflegezeit, so gebührt das Pflegekarenzgeld ab Beginn dieser Maßnahme. Wird der Antrag nach dieser Frist, jedoch vor dem Ende der Pflegekarenz oder Pflegezeit gestellt, gebührt das Pflegekarenzgeld ab dem Tag der Antragstellung. Anträge, die nach dem Ende der Pflegekarenz oder Pflegezeit 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 Pflegezeit 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 DSGVO 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 zurückzahlen 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 Pflegezeit 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) umfangreiches Informationsmaterial wie beispielsweise eine **Mustervereinbarung** für eine Pflegekarenz/Pflegezeit 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