

An:

- Bezirkshauptmannschaft** .....
- Stadtmagistrat Innsbruck**  
**Soziales / Rehabilitation und Behindertenhilfe**



**HINWEIS:** Wir bitten Sie, den Antrag vollständig auszufüllen und alle erforderlichen Unterlagen beizulegen. Damit tragen Sie dazu bei, dass Ihr Ansuchen rasch erledigt werden kann.

**ANTRAG**  
**auf Gewährung einer Förderung der Kurzzeitpflege**  
**und Kurzzeitbetreuung für Menschen mit Behinderung**

<b>I. Persönliche Daten des Menschen mit Behinderung</b>			
Vor- und Familienname, Titel:			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	Vers.-Nr.:	Vers.-Anstalt:	
Staatsbürgerschaft:			
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet			
Adresse:	Straße:		
	PLZ:	Ort:	
Ist dies der Hauptwohnsitz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Telefon:	E-Mail:		

<b>II. Angaben zum gesetzlichen Vertreter bzw. Erwachsenenvertreter</b>
Name:
Adresse:
Telefon:
Angabe zur Eintragung im Österreichischen Zentralen Vertretungsregister bzw. gerichtlichen Beschluss (z.B. Bezirksgericht, Geschäftszahl, usw.):

III. Angaben zum Pflegegeld		
wird Pflegegeld bezogen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegegeldstufe:	Auszahlungsbetrag:	€

IV. Angaben zur Hauptpflegeperson bzw. Hauptbetreuungsperson		
Vor- und Familienname, Titel:		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	Vers.-Nr.:	Vers.-Anstalt:
Staatsbürgerschaft:		
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet		
Adresse:	Straße:	Ort:
	PLZ:	
Telefon:	E-Mail:	
Verwandtschaftsgrad / Beziehung zum Menschen mit Behinderung:		
Begründung (bei allfälliger Nachbarschaftshilfe):		
Betreuung und Pflege seit (Monat/Jahr): <input type="checkbox"/> Ganztage <input type="checkbox"/> Teilzeit		
Die Hauptpflegeperson bzw. Hauptbetreuungsperson ist im Zeitraum von (TT.MM.JJJJ) bis einschließlich (TT.MM.JJJJ) durchgehend an der Pflege bzw. Betreuung aus folgenden Gründen verhindert:		
Ort der Pflege bzw. Betreuung:		
Art der Förderung:		
<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ambulant	
Leistungserbringer:		
Adresse:		

**Zu beachten bei ambulanter und stationärer Kurzzeitpflege und Kurzzeitbetreuung:**

Die Förderung wird im Bereich der ambulanten und stationären Kurzzeitpflege und Kurzzeitbetreuung dem Menschen mit Behinderung gewährt und als Tagsatz direkt mit der Dienstleisterin jeweils im Nachhinein abgerechnet (§ 3 Abs. 1 und 2 der Richtlinie betreffend die Förderung der Kurzzeitpflege und Kurzzeitbetreuung für Menschen mit Behinderung). Für die tatsächlich konsumierten Kurzzeitpflegetage hat

der Mensch mit Behinderung bzw. die Unterhaltspflichtige je nach ihren wirtschaftlichen Verhältnissen in sinngemäßer Anwendung des § 23 TTHG einen Kostenbeitrag zu entrichten.

Der Mensch mit Behinderung oder sein gesetzlicher Vertreter sowie die nach § 23 TTHG zur Leistung eines Kostenbeitrages verpflichteten Personen haben

- a) jede Änderung in den für die Gewährung dieser Förderung bzw. in den für die Festsetzung des Kostenbeitrages nach § 23 TTHG maßgebenden Verhältnissen binnen zwei Wochen ab dem Zeitpunkt, in dem er vom Eintritt der Änderung Kenntnis erlangt hat, der Bezirksverwaltungsbehörde anzuzeigen und
- b) den Organen der Bezirksverwaltungsbehörde jederzeit die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung der gewährten Zuwendung durch Einsicht in alle relevanten Unterlagen sowie durch Besichtigung an Ort und Stelle zu ermöglichen (§ 5 Abs. 4 lit. b der Richtlinie betreffend die Förderung der Kurzzeitpflege und Kurzzeitbetreuung für Menschen mit Behinderung).

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, die Kosten zurückzuzahlen, wenn ich wesentliche Umstände verschwiegen oder unwahre Angaben gemacht habe.

**Hinweise zum Datenschutz:**

Zur Bearbeitung Ihres Anliegens bzw. zur Durchführung des Verfahrens werden personenbezogene Daten verarbeitet. Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten finden Sie unter: [TISO - Tiroler Informationssystem Sozialverwaltung](#)

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass die von mir gemachten Angaben richtig und vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des

Antragstellers

gesetzlichen Vertreters

Erwachsenenvertreters/Bevollmächtigten

**Beizuschließen sind in Kopie:**

Geburtsurkunde\*

Staatsbürgerschaftsnachweis\*

aktueller rechtskräftiger Pflegegeldbescheid bzw. rechtskräftiges Pflegeurteil

ein aktueller Einkommensnachweis des Menschen mit Behinderung bzw. des/der Unterhaltsverpflichteten

\* nur wenn diese der Behörde noch nicht vorliegen