

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 VON ZUSCHÜSSEN GEMÄß DER FÖRDERRICHTLINIE FÜR BETREUUNGS- ODER PFLEGEBEDÜRFTIGE MENSCHEN

(Wohnraumumbaumaßnahmen, Hilfsmittel)

Einreichsstelle (bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amt der Tiroler Landesregierung,
Abteilung Pflege | <input type="checkbox"/> Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter,
Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) |
| <input type="checkbox"/> Sozialministerium Service,
Landesstelle Tirol | <input type="checkbox"/> AUVA |
| <input type="checkbox"/> Sozialversicherungsanstalt der
Selbstständigen (SVS) | <input type="checkbox"/> Unterstützung Kriegsopfer und Menschen mit
Behinderungen |
| <input type="checkbox"/> Pensionsversicherungsanstalt (PVA) | <input type="checkbox"/> sonstige Stellen: |

Ich beantrage zudem, dass dieser Antrag im Falle der Weiterleitung durch die Einreichsstelle als Antrag bei anderen Kostenträgern gewertet wird!

I. Persönliche Daten der betreuungs- oder pflegebedürftigen Person	
Vor- und Familienname, Titel:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	Vers.-Nr.:
Mitglied bei einer Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja welche:	
Mitversichert bei:	Vers.-Nr.:
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:
Telefon:	E-Mail:
Wohnhaft seit:	Ist dies der Hauptwohnsitz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erhöhte Familienbeihilfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Berufstätig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja Dienstgeber/in:	

II. Angaben zu gesetzlichem Vertreter bzw. Erwachsenenvertreter

Name:

Adresse:

Telefon:

Im Fall einer gerichtlichen Bestellung (z.B. Erwachsenenvertretung):

(Bitte entsprechenden Nachweis beilegen!)

Bezirksgericht:

Geschäftszahl:

III. Angaben zur Betreuungs- oder Pflegebedürftigkeit

Welche Pflegegeldstufe wird bezogen:

Höhe d. Pflegegeldes:

Wurde Pflegegeld bzw. Pflegegelderhöhung beantragt?

ja

nein

Wenn ja Antragsstelle:

Hat ein Dritter die Betreuungs- oder Pflegebedürftigkeit verursacht? (Unfall o. Ä.)

ja

nein

Liegt eine Behinderung nach Einstufung des Sozialministerium Service vor? Grad: %

Kopie des Behindertenausweises vorlegen!

Folgende Gesundheitsschädigung liegt vor:

Besteht die Behinderung seit der Geburt?

ja

nein

IV. Einkommens- und Vermögensverhältnisse der betreuungs- oder pflegebedürftigen Person

Bitte entsprechende Nachweise beilegen!

1. Rente und Pension

Rente oder Pension wird bezogen:

ja

nein

Wenn ja:

Rente /Pension (z.B. von Sozialversicherungsträger, Kriegsoferrente, Opferfürsorgerente, Fürsorge- oder Zuschussrente, Kleinrentnerunterstützung, ausländische Rente, öffentliche Pension, Firmenpension, Dienstgeberpension, ausländische Pension, etc.):

Auszahlende Stelle:

monatlich netto €

monatlich netto €

monatlich netto €

monatlich netto €

monatlich netto €

monatlich netto €

2. Sozialleistungen

Sozialleistung wird bezogen: ja nein

Wenn ja:

	Auszahlende Stelle:	
<input type="checkbox"/> Krankengeld		<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> Wochengeld		<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld		<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> Notstandshilfe		<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> Familienbeihilfe		<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> Kinderbetreuungsgeld		<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €

3. Unselbstständige Erwerbstätigkeit

Unselbstständige Erwerbstätigkeit wird ausgeübt: ja nein

Wenn ja: monatlicher Nettoverdienst €

4. Selbstständige Erwerbstätigkeit

Selbstständige Erwerbstätigkeit wird ausgeübt: ja nein

Wenn ja: .. Geschätzte Einkünfte im laufenden Kalenderjahr: €

(bitte letzten Steuerbescheid, Steuererklärung beilegen)

5. Land- und forstwirtschaftlicher Besitz

Land- und forstwirtschaftlicher Besitz vorhanden: ja nein

Wenn ja: Selbstbewirtschaftung Verpachtung

(bitte letzten Einheitswertbescheid beilegen)

6. Unterhaltszahlungen oder Alimente

Unterhaltszahlungen oder Alimente vorhanden: ja nein

Wenn ja: .. monatlich netto: €

7. Sonstige Einkünfte

Sonstige Einkünfte vorhanden ja nein

Wenn ja:

<input type="checkbox"/> Leibrente	<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> Vermietung	<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> Verpachtung	<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> Stipendium	<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> Studienbeihilfe	<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> Mindestsicherung	<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> Mietzinsbeihilfe	<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> Wohnbeihilfe	<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> andere Einkünfte:	<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €

V. Angabe der persönlichen Daten der mit der betreuungs- oder pflegebedürftigen Person im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen (Ehegatte, Kinder, Eltern, Verwandte, Lebensgefährte, etc.) (Bitte entsprechende Nachweise beilegen!)

Vor- und Familienname	Geburtsdatum	Naheverhältnis	Mtl. Nettoeinkommen lt. Pkt. 1 bis 7 und Alimentationszahlungen	
			Art	Höhe
				€
				€
				€
				€

VI. Unterhalts-/Sorgeverpflichtung für nicht mit der betreuungs- oder pflegebedürftigen Person im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen

Vor- und Familienname	Geburtsdatum	Verwandtschafts- verhältnis	Höhe der monatlichen Unterhaltsleistung
			€
			€
			€

VII. Beschreibung des Vorhabens (kurze Begründung betreffend die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der pflegebedingten Maßnahme)

VIII. Finanzierung

Voraussichtliche Gesamtkosten	€
Voraussichtliche Eigenleistungen	€
Betreuungs- oder pflegebedingter Mehraufwand	€
Förderungen wurden zugesagt von	Förderungshöhe
	€
	€

IX. Geldleistung soll überwiesen werden an

Antragsteller/in

ausführende Firma

Name / Adresse:

Bank:

Wurde das Vorhaben bereits bezahlt? ja nein

IBAN: _ _ _ _ _

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](#)

Die Förderrichtlinie finden Sie unter: https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesellschaft-soziales/soziales/Gesetze_Richtlinien/Foerderrichtlinie_fuer_betreuungs-oder_pflegebeduerftige_Menschen_170629_3_.pdf

- Ich verpflichte mich, die Leistung zurückzuzahlen, wenn
 - ich die Kostenträger über wesentliche Umstände unvollständig oder falsch unterrichtet habe,
 - das geförderte Vorhaben nicht oder durch mein Verschulden nicht rechtzeitig durchgeführt wird,
 - die Zuwendung widmungswidrig verwendet wird oder Bedingungen durch mein Verschulden nicht eingehalten werden,
 - ich die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung vereitle.
- Ich verpflichte mich weiters, den Kostenträgern jederzeit die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung der gewährten Förderungsmittel durch Einsicht in die Bücher und Belege sowie durch Besichtigung an Ort und Stelle zu ermöglichen.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Förderung durch die Kostenträger nur unter den genannten Bedingungen gewährt wird. Die Höhe des Zuschusses hängt von den finanziellen Mittel ab, die den Kostenträgern zur Verfügung stehen. Auf Leistungen von den diversen Kostenträgern besteht kein Rechtsanspruch.
- Bei offenen Restkosten in Höhe der bewilligten Förderung erkläre ich mich mit einer direkten Verrechnung mit der Lieferfirma einverstanden.

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

Erwachsenenvertreters/ Bevollmächtigten

Beizuschließen sind in Kopie:

- Staatsbürgerschaftsnachweis *
- Einkommensnachweis(e) (für die Punkte IV und V, Haushaltseinkommen)
- Nachweis über Pflegegeld (Punkt III)
- Bescheid des Bundessozialamtes über den Grad der Behinderung bzw. Kopie des Behindertenausweises * oder Bescheid des Finanzamtes über die erhöhte Familienbeihilfe (Punkt III)
- Beschluss des Pflegerschaftsgerichts über die Erwachsenenvertretung *
- aktuelle ärztliche Befunde, aus denen sich Art und Ausmaß der Behinderung und evtl. die Notwendigkeit der beantragten Maßnahme ergeben
- Kostenvoranschlag bzw. Rechnung(en) mit Zahlungsnachweis(en)
- Bürgschaftserklärung bei Ansuchen um ein Darlehen der PVA

** nur bei Neuantrag bzw. Änderung der maßgeblichen Daten*

HINWEIS:

Die Rechnung(en) mit Zahlungsnachweis(en) sind längstens binnen eines Jahres ab der vorläufigen Leistungszusage einzureichen.

Stand Juni 2022