

Sozialministeriumservice
Landesstelle Steiermark
Babenbergerstraße 35
8021 Graz

E-Mail:
bsbstm.pflegekarenz@sozialministeriumservice.at

Eingangsstempel

FAMILIENHOSPIZKARENZ

Antrag auf Pflegekarenzgeld

(§ 21c Abs.3 des Bundespflegegeldgesetzes)

Ansuchen um Familienhospizkarenz-Härteausgleich

(§ 38j des Familienlastenausgleichsgesetzes)

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen

1) Antragstellende Person																						
Nachname	Vorname	Versicherungsnummer <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> inter <input type="checkbox"/> offen		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe																				
Telefon		E-Mail:																				
Familienstand																						
Ordentlicher Wohnsitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer, Stiege, Tür)																						
Beschäftigung: <input type="checkbox"/> Privatwirtschaft <input type="checkbox"/> Öffentl. Dienst <input type="checkbox"/> AMS		<u>Sofern</u> öffentlicher Dienst: <input type="checkbox"/> Bund <input type="checkbox"/> Land <input type="checkbox"/> Gemeinde <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter																				

arbeitgebende Person (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	Beginn und Ende der Familienhospizkarenz (TT/MM/JJJJ) von bis
1.	
2.	
3.	

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen!

Nachname, Vorname	Versicherungsnummer	Einkommen	
		ja	nein
1.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Person, die im Rahmen der Familienhospizkarenz betreut wird:		
Nachname	Vorname	Versicherungsnummer <input type="text"/>
Geschlecht		
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	
<input type="checkbox"/> inter	<input type="checkbox"/> divers	
<input type="checkbox"/> offen	<input type="checkbox"/> keine Angabe	

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"/> Wahl-, Stief-, Pflegeeltern |
| <input type="checkbox"/> Ehegattin / Ehegatte | <input type="checkbox"/> Schwiegerkind |
| <input type="checkbox"/> eingetragene:r Partner:in | <input type="checkbox"/> Schwiegermutter/
Schwiegervater |
| <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin / Lebensgefährte
(gemeinsamer Wohnsitz) | <input type="checkbox"/> Kind der/des
Ehegattin/Ehegatten |
| <input type="checkbox"/> Schwester / Bruder | <input type="checkbox"/> Kind der/des eingetragenen
Partnerin/Partners |
| <input type="checkbox"/> Wahl-, Stief-, Pflegekind | <input type="checkbox"/> Kind der/des
Lebensgefährtin/Lebensgefährten |

5) Arbeitsrechtliche Grundlage:

Ich bin beschäftigt und gegen Entfall des Arbeitsentgelts freigestellt

ODER:

Ich bin beschäftigt und habe meine Arbeitszeit gegen teilweisen Entfall des Arbeitsentgelts herabgesetzt

ODER:

Ich bin derzeit ohne Beschäftigung und habe mich vom Bezug von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe abgemeldet

6) Inanspruchnahme von Familienhospizkarenz:

Ich nehme Familienhospizkarenz in Anspruch

zum Zwecke der Sterbebegleitung eines nahen Angehörigen
(höchstens 6 Monate)

ODER:

für die Begleitung eines im gemeinsamen Haushalt lebenden schwerstkranken Kindes
(höchstens 9 Monate)

7) Bankverbindung:

Institut:

IBAN

BIC

Dem Antrag sind beizulegen:

1. Nachweis über die Inanspruchnahme und Dauer von Familienhospizkarenz (Bestätigung dienstgebende Person)
2. Bestätigung des AMS über die Abmeldung gemäß § 32 Abs.1 AIVG (alternativ zu 1.)
3. Nachweis über die Höhe des reduzierten Entgelts im ersten Monat der Familienhospizteilzeit
4. Nachweis über den Anspruch auf Kinderzuschläge (z.B. Mitteilung des Finanzamtes über den Bezug der Familienbeihilfe, Unterhaltsvergleich ...)
5. Einkommensbelege der letzten 3 Monate

Hinweise:

Erfolgt die Antragstellung innerhalb von zwei Monaten ab Beginn der Familienhospizkarenz, so gebührt das Pflegekarenzgeld ab Beginn dieser Maßnahme. Wird der Antrag nach dieser Frist, jedoch vor dem Ende der Familienhospizkarenz gestellt, gebührt das Pflegekarenzgeld ab dem Tag der Antragstellung. Anträge, die nach dem Ende der Familienhospizkarenz 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.

Das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen und das Bundeskanzleramt sind zur Verwendung von personenbezogenen Daten im Sinne des DSGVO 2000 insoweit ermächtigt, als diese zur Erfüllung der jeweiligen gesetzlichen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung sind:

- das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen im Hinblick auf § 21d Abs.1 des Bundespflegegeldgesetzes.
- das Bundeskanzleramt im Hinblick auf § 38j des Familienlastenausgleichsgesetzes.

Schlusserklärungen:

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich das erhaltene Pflegekarenzgeld sowie allfällige Leistungen aus dem Familienhospizkarenz-Härteausgleich zurückzahlen habe, wenn es durch unrichtige oder unvollständige Angaben über Umstände, die für die Gewährung maßgebend waren, erlangt wurde.

Ich nehme auch zur Kenntnis, dass ich Organen oder Beauftragten des Bundes Einsicht in Unterlagen zu gestatten habe, die der Überprüfung der Durchführung der Leistungen aus dem Familienhospizkarenz-Härteausgleich dienen.

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 den Tod der pflegebedürftigen Person.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift antragstellende Person)

Beiblatt zur Antragstellung Pflegekarenzgeld und Familienhospizkarenz-Härteausgleich

Guten Tag!

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

Gerade solche Situationen können für pflegende Angehörige sehr belastend sein. Sollten Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen daher 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 Website des Sozialministeriumservice (sozialministeriumservice.at) umfangreiches Informationsmaterial wie beispielsweise eine „**Checkliste**“ zur Antragstellung zur Verfügung.

Darüber hinaus stehen wir Ihnen gerne bei Fragen zum Ausfüllen des Formulars telefonisch zur Verfügung:

- Für Fragen um Pflegekarenzgeld wenden Sie sich bitte an das Sozialministeriumservice 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.
- Für Fragen zum Familienhospizkarenz-Härteausgleich wenden Sie sich bitte an das Familienservice des Bundeskanzleramtes, Telefonnummer 0800 240 262, von Montag bis Donnerstag von 09.00 bis 15.00 Uhr.
- Zu allen weiteren Fragen rund um das Thema Pflege können Sie sich auch an das **BürgerInnenservice des Sozialministeriums** unter **0800 201 611** (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
Bundeskanzleramt
Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz