

Antrag auf Zuzahlung zur 24-Stunden-Betreuung gem. § 5 StPBG

Einen Anspruch auf Zuzahlung zur 24-Stunden-Betreuung haben Personen, die eine Förderung des Sozialministeriumservice beziehen und deren Einkommen, Pflegegeld und verwertbares Vermögen nicht ausreichen, um die 24-Stunden-Betreuung zu finanzieren.

Zum **Ersatz der Kosten dieser Leistung (Vermögensregress)** sind unter anderem der/die Leistungsempfänger*in sowie dessen/deren Erb*innen bzw. der ruhende Nachlass verpflichtet.

Bitte beachten Sie:	* Angabe(n) erforderlich	i Information zum Ausfüllen	<input checked="" type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen
----------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---

1. Antrag

Ich beantrage eine Zuzahlung zur 24-Stunden-Betreuung gemäß dem Steiermärkischen Pflege- und Betreuungsgesetz

Name der Betreuungagentur * _____

Straße * _____ Hausnummer/Tür * _____

Postleitzahl * _____ Ort * _____

ab (tt.mm.jjjj) * i _____ bis (tt.mm.jjjj) i _____

i ab: dem Tag der Inanspruchnahme der Leistung, frühestens einen Monat vor Antragstellung
bis: bei befristeter Betreuungsdauer

1.1 Antragsteller/in

Familienname * _____ akad. Grad _____

frühere/r Familienname/n i _____

Vorname/n * _____

Geschlecht * männlich weiblich divers

Geburtsdatum * _____ SV-Nummer * _____

Staatsangehörigkeit * _____ Geburtsort _____

Aufenthaltstitel i _____ Aufenthaltsdauer _____

Straße * _____ Hausnummer/Tür * _____

Postleitzahl * _____ Ort * _____

Telefon * _____ E-Mail _____

Familienstand * ledig verheiratet geschieden getrennt lebend
 verwitwet eingetragene Partnerschaft Lebensgemeinschaft seit (tt.mm.jjjj) _____

Frühere/r Familienname/n: Wenn zutreffend, dann ausfüllen.

i Wenn Nicht-Österreicher/in: Art des **Aufenthaltstitels** und bei Befristung **Dauer** der Gültigkeit des Aufenthaltstitels anführen sowie Nachweis der Haftungserklärung nach dem Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG) beilegen

2.1 Vertretung

* **i** **Gerichtliche/r
Erwachsenen-
vertreter/in**

Verfahren anhängig JA NEIN
JA/NEIN

**Gesetzliche
Erwachsenenvertretung** Gewählte Erwachsenenvertretung

Vorsorgevollmacht Individuelle Vollmacht (AVG)

Bitte um Beilage des Nachweises über Art und Umfang des Vertretungsverhältnisses!

Familienname _____
 Vorname/n _____ akad. Grad _____
 Telefon _____ E-Mail _____
 Straße _____ Hausnummer/T _____
 Postleitzahl _____ Ort _____

2.2 Angehörige/r bzw. Kontaktperson

Verwandtschafts-/ *** i** _____
 Beziehungs-verhältnis

Familienname * _____
 Vorname/n * _____ akad. Grad _____
 Geburtsdatum * _____ SV- * **i** _____
 Straße * _____ Hausnummer/T * _____
 Postleitzahl * _____ Ort * _____
 Telefon * _____ E-Mail _____

Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis: Ehegatte/Ehegattin, Kind etc.

i **Sozialversicherungsnummer:** Diese ist nur beim Ehegatten/Ehegattin beim eingetragenen Partner/bei der eingetragenen Partnerin anzugeben

3. Nettoeinkommen (ohne Pflegegeld) *

Pensions-/ Rentenleistungen i	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN		
mtl. €				auszahlende		
				Stelle		
mtl. €				auszahlende		
				Stelle		
mtl. €				auszahlende		
				Stelle		
mtl. €				auszahlende		
				Stelle		
mtl. €				auszahlende		
				Stelle		
Pension beantragt	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	am	
					(tt.mm.jjjj)	bei
Leistungen des AMS	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	tgl. €	
auszahlende Stelle						
Krankengeld	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	tgl. €	
auszahlende Stelle						
Rehabilitationsgeld	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	tgl. €	
auszahlende Stelle						
titulierter Unterhalt	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	mtl. €	
Gerichtsbeschluss/-urteil vom (tt.mm.jjjj)				Bezirksgericht u.		
				GZ		
Name der/des Verpflichteten						
Unterhaltsleistung vom im Haushalt lebenden Ehegatten/Ehegattin/ eingetragene/r Partner*in	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN	mtl. €	
Name der/des Verpflichteten						
Einkommen der/des Verpflichteten	mtl. €					i

tatsächliche zufließende Unterhaltsleistungen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl.	€	_____
Einkünfte aus Vermietung/	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl.	€	_____
Leibrente	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl.	€	_____
Name der /des Verpflichteten	_____				

Vertrag vom (tt.mm.jjjj)	_____							
Einkünfte aus Kapitalvermögen i	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> vj. <input type="checkbox"/> halbj. <input type="checkbox"/> jährl.	€	_____	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> vj. <input type="checkbox"/> halbj. <input type="checkbox"/> jährl.	€	_____
sonstige Einkünfte i	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> vj. <input type="checkbox"/> halbj. <input type="checkbox"/> jährl.	€	_____	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> vj. <input type="checkbox"/> halbj. <input type="checkbox"/> jährl.	€	_____
sonstige vertragliche Leistungen i	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Art	_____				
			<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> vj. <input type="checkbox"/> halbj. <input type="checkbox"/> jährl.	€	_____	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> vj. <input type="checkbox"/> halbj. <input type="checkbox"/> jährl.	€	_____

Einkommen gemäß § 1 StPBG-EVVO 2025, z. B.:

Pensions-/Renteleistungen, Ruhe-/Versorgungs-/Auslagenbezüge in- und/oder ausländische Pensions- und Rentenleistungen, Bezüge aus einer in- oder/und ausländischen gesetzlichen Kranken- oder Unfallversicherung, aus in- oder/und ausländischen Pensionskassen, Zuwendungen von Privatstiftungen, soweit sie als Bezüge anzusehen sind, Bezüge und Vorteile aus Unterstützungskassen/Unterstützungseinrichtungen, Rückzahlungen von Pflichtbeiträgen)

i **Leistungen des Arbeitsmarktservice:** Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss, Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes

Unterhalt: Sämtliche vollstreckbaren titulierten Unterhaltsansprüche (z. B. aus einem Scheidungsbeschluss oder aus einem Urteil, auch wenn die Scheidung schon länger zurückliegen sollte; gerichtlich festgelegte Unterhaltsansprüche von Eltern gegen ihre Kinder usw.) – unabhängig von der Person des Unterhaltsverpflichteten – sind anzuführen, auch wenn bislang kein Unterhalt bezogen wurde.

Einkommen der/des Verpflichteten: monatlich ohne Sonderzahlungen

Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung: auch Einnahmen aus Fruchtgenuss

Einkünfte aus Kapitalvermögen: Einkünfte aus der Überlassung von Kapital (z. B. Gewinnanteile und sonstige Bezüge aus Aktien oder aus Gesellschaftsanteilen, Zinsen und andere Erträge aus Kapitalforderungen, bspw. aus Darlehen, Anleihen, Hypotheken, Guthaben bei Kreditinstituten, Boni, Kupons)

Sonstige Einkünfte: Darunter fallen z. B. Funktionsgebühren („Funktionärsbezüge“)

Sonstige vertragliche Leistungen: z. B. aus Übergabe-/Schenkungsverträgen

Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft

Einkünfte aus Gewerbebetrieb

4. Unterhaltspflicht gegenüber Dritten *

Unterhalt	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl.	€	_____	Empfänger/ in	_____
Gerichtsbeschluss/-urteil/ Vergleich vom (tt.mm.jjjj)	_____			Bezirksgericht u. GZ	_____		

5. Förderungen und sonstige Beihilfen *

Förderung 24-Stunden-Betreuung des Sozialministeriumservice	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl.	€	_____		
inländisches Pflegegeld i			mtl.	€	_____	Stufe	_____
auszahlende Stelle	_____						
Pflegegeldhöhung beantragt am (tt.mm.jjjj)	_____						
ausländisches Pflegegeld	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl.	€	_____		
auszahlende Stelle	_____						
Familienbeihilfe	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl.	€	_____	erhöhte Familienbeihilfe	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
auszahlende Stelle	_____						
Hauskrankenpflege/mobile Pflege- und Betreuungsdienste	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN					
Tagesbetreuung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN					
Sonstiges	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl.	€	_____		
auszahlende Stelle	_____						
i	Pflegegeldhöhung beantragt am: Dieses Feld ist nur auszufüllen, wenn bereits eine Erhöhung beantragt wurde, die Entscheidung der Behörde jedoch noch ausständig ist.						

6. Vermögen *

Bargeld	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	€	
Kontenguthaben	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		
Bankinstitut			€	IBAN
Bankinstitut			€	IBAN
Bankinstitut			€	IBAN
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	€	
Bausparkasse				Vertragsnr.
Sparbuchguthaben	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	€	Bankinsti tut
Verwahrung der Sparbücher durch				
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		Polizzen-Nummer
Versicherungsgesellschaft				
Ablebensversicherung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		Polizzen-Nummer
Versicherungsgesellschaft				
Liegenschaft(en)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		
Katastralgemeinde				Einlagezahl
Katastralgemeinde				Einlagezahl
Katastralgemeinde				Einlagezahl
sonstiges Kapitalvermögen i	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		
Wohnrecht	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		Name der/des Verpflichteten
Ausgedinge	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		Name der/des Verpflichteten
Fahrzeug/e	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		Marke/n und Baujahr/e
sonstiges Vermögen i	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	€	

i falls zutreffend: Bitte Nachstehendes ausfüllen.
sonstiges Kapitalvermögen: Wertpapiere, Kryptowährungsvermögen, etc.

7. Angaben für ein allfälliges Rückersatzverfahren aufgrund vertraglicher/gesetzlicher Verpflichtungen

- betreffend Verpflichtete aus Unterhaltstiteln;
- betreffend Geschenknnehmer*innen
- betreffend Dritte, gegen die die Leistungsempfänger*in Rechtsansprüche oder Forderungen hat (z. B. Ansprüche aus Leibrentenverträgen oder Übergabsverträgen – in diesen Fällen können auch Angehörige, wie z. B. Kinder, betroffen sein!)

Gab es innerhalb der letzten fünf Jahre vor, während oder nach Beginn der Leistung eine Schenkung oder Übertragung von Vermögen ohne entsprechende Gegenleistung?

JA NEIN

Datum (tt.mm.jjjj) _____

Höhe € _____

Ersatzpflichtige Person i

Familiename _____

Vorname/n _____

akad. Grad _____

Verwandtschafts-
/Beziehungsverhältni
s

Geschlecht

männlich

weiblic
h

divers

Straße _____

Hausnummer/Tür _____

Postleitzahl _____

Ort _____

Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; aus Übergabsverträgen;
i Geschenknnehmer*innen; sowie Dritte, gegen welche die/der Leistungsempfänger*in Rechtsansprüche oder Forderungen hat

weitere ersatzpflichtige Person i

Familiename _____

Vorname/n _____

akad. Grad _____

Verwandtschafts-
/Beziehungsverhältni
s

Geschlecht

männlich

weiblic
h

divers

Straße _____

Hausnummer/T
ür _____

Postleitzahl _____

Ort _____

Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; aus Übergabsverträgen;
i Geschenknnehmer*innen; sowie Dritte, gegen welche die/der Leistungsempfänger*in Rechtsansprüche oder Forderungen hat

weitere ersatzpflichtige Person i

Familiename _____

Vorname/n _____

akad. Grad _____

Verwandtschafts-
/Beziehungsverhältni
s

Geschlecht

männlich

weiblic
h

divers

Straße

Hausnummer/Tür

Postleitzahl

Ort

Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; aus Übergabsverträgen; i Geschenkenehmer*innen; sowie Dritte, gegen welche die/der Leistungsempfänger*in Rechtsansprüche oder Forderungen hat.

8. Kosten der 24-Stunden-Betreuung

- | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------|------|---|-------|----------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Betreuungshonorar | mtl. | € | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> | einmalige Kosten | mtl. | € | _____ | Art der Kosten | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Fahrtkosten | mtl. | € | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> | Kost und Logis i | mtl. | € | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> | sonstige Kosten | mtl. | € | _____ | Art der Kosten | _____ |

Aufwendungen für Kost und Logis werden bis zur Höhe des vom Bundesministerium für Finanzen i festgelegten Betrags (derzeit 196,20 EUR) für die steuerliche Absetzbarkeit der Kosten für Unterkunft und Verpflegung des Betreuungs-/Pflegepersonals (siehe Beilage) berücksichtigt.

9. Beilagen: Folgende Unterlagen sind von der antragstellenden Person in Kopie anzuschließen

- Amtlicher Lichtbildausweis
- Geburtsurkunde
- Sozialversicherungsnummer
- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Aufenthaltstitel
- Aufenthaltsbescheinigung
- Bei Nicht-Österreicher*innen:** ggf. Haftungserklärung nach Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG)
- Heiratsurkunde
- Scheidungsurteil
- Scheidungsvergleichsausfertigung
- Begründung einer eingetragenen Partnerschaft
- Auflösung einer eingetragenen Partnerschaft
- Vertretungsnachweis
die Einkommensverhältnisse durch Nachweise über Pensions-/Rentenleistungen, Einkommensteuerbescheide, Nachweise über die Höhe von Unterhaltsleistungen, Kontoauszüge über Einnahmebuchungen auf Bankkonten, Übergabeverträge betreffend Liegenschafts- und/oder Unternehmensübertragungen und andere Nachweise, die geeignet sind, Art und Höhe des bezogenen Einkommens nachzuweisen
- Nachweis über den Pflegegeldbezug (inländisch/ausländische Bestätigung)
- Förderungszusage des Bundes (Sozialministeriumservice) inkl. Höhe der Förderung
- Betreuungs- und Vermittlungsvertrag
- Nachweis über die Kosten der 24-Stunden-Betreuung

- Vermögensnachweise
- Nachweis der Einlagesalden sowie Kontoauszüge von Bank- und Depotkonten der vergangenen 12 Monate
 - Grundbuchsauszüge der Liegenschaften
 - Leibrenten-/Übergabs-/Schenkungsverträge
 - Typenscheine der Fahrzeuge, die im Eigentum der antragstellenden Person stehen
 - Sonstiges:
- Förderungsnachweis Hauskrankenpflege und Tagesbetreuung. Rechnungen der letzten 3 Monate.
- Nachweis über geleistete Unterhaltszahlungen der antragstellenden Person
- Einkommensnachweise vom im Haushalt lebenden Ehegatten/Ehegattin/eingetragene/r Partner*in

10. Datenschutzrechtliche Bestimmungen

- * **Ich nehme zur Kenntnis**, dass die von mir bekanntgegebenen Daten und jene Daten, die die Behörde im Zuge des Ermittlungsverfahrens erhält, auf Grund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit den diesem Verfahren zugrundeliegenden Materiengesetzen automationsunterstützt verarbeitet werden und zum Zweck der Abwicklung des von mir eingeleiteten Verfahrens, der Beurteilung des Sachverhalts, der Erteilung der Bewilligung sowie auch zum Zweck der Überprüfung verarbeitet werden
- Ich habe die allgemeinen Informationen
- zu den mir zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit;
 - zum mir zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichische Datenschutzbehörde;
 - zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten
- auf der Datenschutz-Informationseite (<https://datenschutz.stmk.gv.at>) oder am beigefügten Datenschutz-Informationblatt gelesen.

11. Erklärung

Ich erkläre ausdrücklich,

- dass sämtliche Informationen vollständig und wahrheitsgemäß offengelegt wurden;
- meine Zustimmung, dass der Träger der Pflege und Betreuung zum Zweck der Prüfung meiner Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit, zur Gewährung, Kürzung, Einstellung von Leistungen sowie zur Durchsetzung der Ersatzansprüche meine Daten über den Gesundheitszustand durch Ärzte, Pflegepersonen (z. B. medizinische Befunde und Sachverständigengutachten) und Auskünfte über meinen Gesundheitszustand durch Ärzte, durch Krankenanstalten, durch Pflege- und Betreuungspersonen, durch Schadenersatzpflichtige erhält;
- meine Zustimmung, dass der Kostenübernahmebescheid zum Zwecke der Pensionsteilung an den/die Pensionsversicherungsträger übermittelt werden darf;
- mein Einverständnis, dass die Behörde oder in deren Auftrag tätige Dritte (z. B. Sachverständige) in die Pflegedokumentation der mobilen Dienste Einsicht nehmen dürfen.

Ich bevollmächtige die Bezirkshauptmannschaft/den Magistrat Graz, eine österreichweite Namensabfrage von Eigentumswerten beim Bezirksgericht, Grundbuch durchzuführen.

Ich verpflichte mich, dass

- ich Ansprüche gegen Dritte in den Grenzen des § 5 Abs. 6 StPBG verfolgen werde;
- ich jede Änderung der Einkommensverhältnisse, der PflegegeldEinstufung, der Kosten der 24-Stundenbetreuung unverzüglich jedoch längstens binnen 30 Tage der Behörde melden werde.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Verletzung der Anzeigepflicht gem. § 5 Abs. 9 StPBG Sanktionen nach sich ziehen kann. Insbesondere können falsche Angaben oder das Verschweigen maßgebender Tatsachen die Einstellung und Rückforderung der bezogenen Leistung bewirken. Außerdem kann in solchen Fällen eine (Verwaltungs-) Strafanzeige gegen mich erstattet werden kann (§ 47 Abs. 1 Z.1 StPBG).
- ich gemäß den gesetzlichen Bestimmungen aus meinem Einkommen (Pension, Pflegegeld, Mieteinnahmen, Leibrentenvertrag, Einnahmen aus Kapitalvermögen etc.) die Kosten der Pflege und Betreuung zu tragen habe.
- ich die Kosten der Zuzahlung aus meinem Vermögen zu ersetzen habe und auch andere Personen (Geschenknehmer*innen, Erb*innen, Personen aus vertrag- und/oder gesetzlichen Verpflichtungen) zu einer **Ersatzpflicht** herangezogen werden können.
- bei Vorhandensein von Liegenschaftsbesitz (Haus, Wohnung, Grundstücke) eine **grundbücherliche Sicherstellung** erfolgen kann.

Ort

Datum

(tt.mm.jjjj)

Unterschrift

Unterschrift wurde geleistet durch:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antragsteller/in | <input type="checkbox"/> gerichtliche/n
Erwachsenenvertreter/in | <input type="checkbox"/> vertretungsbefugte/n nächste/n
Angehörige/n |
| <input type="checkbox"/> gesetzliche/n
Vertreter/in | <input type="checkbox"/> gesetzliche/n
Erwachsenenvertreter/in | <input type="checkbox"/> gewählte/n Erwachsenenvertreter/in |
| <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/
r | | |

Familiennam
e

Vorname/n

akad.
Grad