

ANTRAG auf Kostenübernahme für die stationäre Langzeitpflege und -betreuung in Pflegewohnheimen gem. § 14 StPBG

Einen Anspruch auf Übernahme der nicht gedeckten Kosten für die Pflege und Betreuung in einem Pflegewohnheim haben jene Personen, deren Pflege- und Betreuungsbedarf ein Ausmaß erreicht, welcher nicht durch eine mobile und/oder teilstationäre Leistung ausreichend gedeckt werden kann und die diese Kosten nicht oder nicht zur Gänze selbst tragen können.

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

1. Antrag

Ich beantrage die Übernahme der nicht gedeckten Kosten für die Pflege und Betreuung im untenstehenden Pflegewohnheim nach dem Steiermärkischen Pflege- und Betreuungsgesetz.

Es ist von der antragstellenden Person die Bestätigung des anerkannten Pflegewohnheims beizubringen, dass ein verrechenbares Pflegebett zugesagt worden ist.

Name des Pflegewohnheims *

Straße * Hausnummer/Tür *

Postleitzahl * Ort *

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

i bei befristeter Aufenthaltsdauer
 bei **Wechsel in ein anderes Pflegewohnheim** ist eine **neue Antragstellung** erforderlich

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) _____

Krankenversicherung *

JA NEIN Krankenkasse _____

selbst-versichert mitversichert bei _____

Nur auszufüllen, falls keine Krankenversicherung besteht

Ich beantrage Leistungen zum Schutz bei Krankheit

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

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

i Aufenthaltsgesetz (NAG) beilegen

Adresse: Bitte geben Sie die Adresse Ihres Hauptwohnsitzes oder in Ermangelung eines solchen die Adresse Ihres tatsächlichen Aufenthalts vor Einzug ins Pflegewohnheim an.

2.1 Vertretung

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

Verfahren anhängig JA NEIN

**Gesetzliche
Erwachsenenvertretung** Gewählte Erwachsenenvertretung

Vorsorgevollmacht Individuelle Vollmacht (AVG)

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

Familienname _____

Vorname/n _____

akad. _____

Telefon _____

E-Mail _____

Straße _____

Hausnummer/T _____

Postleitzahl _____

Ort _____

2.2 Angehörige/r bzw. Kontaktperson

Verwandtschafts-/ Beziehungs-verhältnis	* i	_____		
Familienname	*	_____		
Vorname/n	*	_____	akad. Grad	_____
Geburtsdatum	*	_____	SV- Nummer	* i _____
Straße	*	_____		Hausnummer/Tür* _____
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	_____

	Verpflichtete/r	_____			
tatsächlich erhaltene Unterhaltsleistungen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	mtl.	€	_____	
	Verpflichtete/r	_____			
Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	mtl.	€	_____	
Leibrente	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	mtl.	€	_____	Verpflichtet e/r _____
	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. € _____
<p>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) 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. 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</p>					

4. Pflegegeld *

inländisches Pflegegeld i JA NEIN mtl € _____ Stufe _____

auszahlende Stelle _____

Pflegegeld(erhöhung) beantragt _____
am (tt mm yyyy)

ausländisches Pflegegeld JA NEIN mtl € _____

auszahlende Stelle _____

Pflegegeld: Beziehen Sie derzeit kein oder ein inländisches Pflegegeld der Stufe 1 bis 3 oder ein ausländisches Pflegegeld, müssen Sie **vor Antragstellung** eine Beratung in der Pflegedrehscheibe Ihres Bezirks in Anspruch nehmen und deren pflegefachliche Stellungnahme diesem Antrag beilegen.

Pflegegeld(erhöhung) beantragt am: Dieses Feld ist nur auszufüllen, wenn Pflegegeld oder eine Erhöhung

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

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

Ersatzpflichtige Person i

Familienname _____

Vorname/n _____ akad. Grad _____

Verwandtschafts-
/Beziehungsverhält
nis _____

Geschlecht männlich weiblich divers

Straße _____ Hausnummer/Tür _____

Postleitzahl _____ Ort _____

Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; aus Übergabsverträgen sowie Dritte, gegen die der Leistungsempfänger/die Leistungsempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat

weitere ersatzpflichtige Person i

Familienname _____

Vorname/n _____ akad. Grad _____

Verwandtschafts-
/Beziehungsverhält
nis _____

Geschlecht männlich weiblich divers

Straße		Hausnummer/Tür	
Postleitzahl		Ort	
i Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; aus Übergabsverträgen sowie Dritte, gegen die der Leistungsempfänger/die Leistungsempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat			

weitere ersatzpflichtige Person i

Familiename			
Vorname/n		akad. Grad	
Verwandtschafts-/Beziehungsverhältnis			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
Straße		Hausnummer/Tür	
Postleitzahl		Ort	
i Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; aus Übergabsverträgen sowie Dritte, gegen die der Leistungsempfänger/die Leistungsempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat			

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

<input type="checkbox"/> Amtlicher Lichtbildausweis		
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde		
<input type="checkbox"/> Sozialversicherungsnummer		
<input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis	<input type="checkbox"/> Aufenthaltstitel	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbescheinigung
<input type="checkbox"/> Bei Nicht-Österreicher*innen: ggf. Haftungserklärung nach Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG)		
<input type="checkbox"/> Heiratsurkunde	<input type="checkbox"/> Scheidungsurteil	<input type="checkbox"/> Scheidungsvergleichsausfertigung
<input type="checkbox"/> Begründung einer eingetragenen Partnerschaft	<input type="checkbox"/> Auflösung einer eingetragenen Partnerschaft	
<input type="checkbox"/> Vertretungsnachweis die Einkommensverhältnisse durch Nachweise über Pensions-/Rentenleistungen, Einkommensteuerbescheide, Nachweise über die Höhe von Unterhaltsleistungen, Kontoauszüge der letzten 12 Monate, Übergabeverträge betreffend Liegenschafts- und/oder Unternehmensübertragungen, Grundbuchsauszüge oder andere Nachweise, die geeignet sind, Art und Höhe des bezogenen Einkommens nachzuweisen		
<input type="checkbox"/> Nachweis über den Pflegegeldbezug (inländische/ausländische Bestätigung)		
<input type="checkbox"/> Bestätigung des anerkannten Pflegewohnheims, dass für die antragstellende Person ein verrechenbares Bett zur Verfügung steht.		
<input type="checkbox"/> falls erforderlich: Pflegefachliche Stellungnahme der Pflegedrehscheibe (gemäß Punkt 4)		

7. 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-Informationssseite (<https://datenschutz.stmk.gv.at>) oder am beigefügten Datenschutz-Informationssblatt gelesen.

8. 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 § 14 Abs. 5 StPBG verfolgen werde;
- ich Änderungen der für die Leistung maßgeblichen Umstände, insbesondere der Einkommens- und Familienverhältnisse, Aus- und Eintritt in ein anderes Pflegewohnheim unverzüglich der Behörde melden werde.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Verletzung der Anzeigepflicht gem. § 19 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.

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 | | |

Familienname _____

Vorname/n _____

akad.
Grad _____