

Eingangsstempel

LAND  KÄRNTEN

Abt. 5 - Gesundheit und Pflege

An das
Amt der Kärntner Landesregierung
Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege
Unterabteilung Pflegewesen
z. Hd. Frau Dr.ⁱⁿ Michaela Miklautz
Mießtaler Straße 1/9021 Klagenfurt am Wörthersee

Antrag

„Förderung eines Urlaubes für pflegende Angehörige“

Gemäß der Richtlinien beim Amt der Kärntner Landesregierung im Nachhinein einzubringen!

Erstantrag im Jahr

1. Angaben zur Person, die den Angehörigen pflegt (Antragsteller/in):

Familienname	Vorname
Familienname zur Zeit der Geburt	SV-Nr.
Datum und Ort der Geburt	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
Österreichische Staatsbürger/in	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hauptwohnsitz seit	EU-Bürger/in; Drittstaatsangehörige/r (Nachweis der Daueraufenthaltsberechtigung beilegen)
Straße/Hausnr.	PLZ/Ort
Tel.-Nr.	
Art des Angehörigenverhältnisses?	
Lieg mit der/m Pflegebedürftigen ein gemeinsamer Haushalt vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

2. Angaben zur/m Pflegebedürftigen:

Familienname	Vorname
Familienname zur Zeit der Geburt	SV-Nr.
Datum und Ort der Geburt	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
Österreichische Staatsbürger/in	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hauptwohnsitz seit	EU-Bürger/in; Drittstaatsangehörige/r (Nachweis der Daueraufenthaltsberechtigung beilegen)
Straße/Hausnr.	PLZ/Ort
Tel.-Nr.	

3. Angaben zur Pflege

Wird die/der Pflegebedürftige ständig durch die/den Antragsteller/in gepflegt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, seit wann?
Pflegestufe seit
Persönlicher Pflegeaufwand der/des Antragstellers/in in Stunden/Monat (nach eigener Einschätzung)
Werden professionelle Pflegedienstleistungen in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welcher Art (mobile soziale Dienste, Tagesstätte etc.)?
Ausmaß in Stunden/Monat (Nachweis lt. Richtlinien)
Wird die/der Pflegebedürftige auch durch andere Angehörige gepflegt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, durch wen? (Name, Adresse, Telefonnummer, Pflegeaufwand in Stunden/Monat)

4. Angaben zum Urlaubsaufenthalt

Urlaubsaufenthalt von bis (Datum)
Anzahl der Nächtigungen
Urlaubsort (Österreich)
Kosten für Verpflegung und Nächtigung der Urlaubsunterkunft der Hauptpflegeperson
Bankverbindung für die Anweisung der Urlaubsförderung: IBAN AT
lautend auf:

5. Bestätigung des erfolgten Beratungsgespräches zu Unterstützungsleistungen

Das Beratungsgespräch wurde durchgeführt von:

Gesundheits-, Pflege- und Sozialservice (GPS)

Pflegenahversorgung (PNV)

Dorfservice (DS)

Wo:

Datum und Uhrzeit:

Unterschrift:

GPS-, Pflegenahversorgungs- oder Dorfservice Mitarbeiterin NAME in BLOCKSCHRIFT

6. Erklärung

Ich erkläre:

- dass ich die Richtlinien zur „Förderung eines Urlaubes für pflegende Angehörige“ gelesen und zur Kenntnis genommen habe;
- dass meine im Antrag gemachten Angaben richtig, wahr und vollständig sind;
- dass ich der Überprüfung meiner Angaben durch die Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege des Amtes der Kärntner Landesregierung zustimme;
- zur Kenntnis zu nehmen, dass die in diesem Antrag enthaltenden Daten gemäß dem Kärntner Pflege- und Betreuungsgesetz i.d.g.F. zum Zweck der Prüfung der Förderungswürdigkeit automationsunterstützt verarbeitet sowie beim Amt der Kärntner Landesregierung gespeichert werden

Ich verpflichte mich:

- Änderungen von Voraussetzungen, die für die Gewährung eines Zuschusses zum Urlaub für pflegende Angehörige maßgeblich sind, unverzüglich dem Amt der Kärntner Landesregierung bekannt zu geben und
- allfällig zu Unrecht in Anspruch genommene Leistungen zurückzuzahlen.

Eidesstattliche Erklärung:

Ich, als Antragstellerin/als Antragsteller erkläre an Eides statt,
dass mit der/dem Pflegebedürftigen ein Angehörigenverhältnis besteht
und ich die Pflegebedürftige/den Pflegebedürftigen seit mindestens einem Jahr im Rahmen
der Familienpflege als Hauptpflegeperson persönlich betreue und pflege.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller/in

Checkliste – Anlagen:

- Kopie der letzten drei Monatsrechnungen allfällig in Anspruch genommener Pflege- und Betreuungsleistungen (Mobile Soziale Dienste, Tagesstätten, 24-Stunden-Betreuung). Anmerkung: im Falle der Umsetzung einer 24-Stunden-Betreuung ist schriftlich zu erklären, dass dennoch mehr als 50 % des Pflege- und Betreuungsaufwandes durch die Antragsteller:in erbracht wird.
 - Letztgltiger Pflegegeldbescheid
 - Einkommensnachweise der/des pflegenden Angehörigen (Hauptpflegeperson)
 - Aufenthaltskosten (Verpflegung und Nächtigung) der Urlaubsunterkunft (Hotel, Pension, Wellness- oder Kureinrichtung, Gesundheitshotel etc.) in Österreich
 - Kontaktaufnahme zwecks Durchführung des Beratungsgespräches mit
 - dem Gesundheits-, Pflege- und Sozialservice an der jeweiligen Bezirkshauptmannschaft oder dem jeweiligen Magistrat oder
 - der Pflegenahversorgung bzw. dem Dorfservice in der jeweiligen Gemeinde.

Kontakt

Urlaub für pflegende Angehörige: Dr. ⁱⁿ Michaela Miklautz
Abt. 5 – Gesundheit und Pflege – Unterabteilung Pflegewesen
9021 Klagenfurt am Wörthersee, Mießtaler Straße 1
Tel.: 050 536 DW 15456 Fax: 050 536 DW 15470
E-Mail: Abt5.pflegeurlaub@ktn.gv.at

Vom Amt der Kärntner Landesregierung auszufüllen:	
Höhe des Zuschusses für den Urlaubsaufenthalt (Punkt 4)	€
Begründung: