

## Antrag auf Betreuungsstunden 2024 über den Familienunterstützenden Dienst

### Angaben zum antragstellenden Elternteil/Erwachsenenvertreter:in

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

### Aktuelle Tätigkeit

- selbstständig  Arb./Angest.  Landwirt:in  Hausfrau/mann  arbeitslos/Notstandshilfe  
 geringfügig beschäftigt  Pensionsbezug  Karenz  Sonstiges

### Angaben zum/zur im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten/in, Lebensgefährten/in

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

### Aktuelle Tätigkeit

- selbstständig  Arb./Angest.  Landwirt:in  Hausfrau/mann  arbeitslos/Notstandshilfe  
 geringfügig beschäftigt  Pensionsbezug  Karenz  Sonstiges

**Angaben zur Person, für welche Betreuungsstunden beantragt werden**

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

SV-Nr. / Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Pflegestufe (Beilage Kopie vom Pflegebescheid): \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Kind besucht derzeit:  - Kindergarten, Schule, Werkstätte, Wohnhaus

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Betreuungszeiten in der Einrichtung (Montag – Sonntag):

\_\_\_\_\_

- wird ausschließlich zu Hause betreut

(Bei Betreuung ausschließlich zu Hause werden max. 100 % der Betreuungsstunden lt. Richtlinien 2024 genehmigt.

Bei Besuch von Kindergarten, Schule usw. können max. 75 % der Betreuungsstunden lt. Richtlinien 2024 genehmigt werden.

Für Geschwister mit Behinderung ist ein eigener Antrag zu stellen - sie erhalten 50 % der Betreuungsstunden lt. Richtlinien 2024.)

Die Anzahl der Betreuungsstunden wird bedarfsorientiert von der Lebenshilfe Salzburg festgelegt.

Geschwister / Geb.Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sonstige Unterstützung bei der Betreuung (Heimhilfe usw.)**

**Bitte geben Sie die Stunden und einen ev. Unterstützungsbetrag an:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Angaben zur privaten Betreuungsperson\*

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ausbildung im Sozialbereich (Honorar € 12,- pro Std.)

Beilage: Ausbildungsnachweis

Sonstiges (Honorar € 10,- pro Stunde)

\*Betreuungspersonen können sein:

- Personen aus dem Umfeld der Familie, z.B. Freunde oder Nachbarn

(Betreuung durch Verwandte in Ausnahmefällen nur mit vorheriger Genehmigung!)

- Fachkräfte mit Ausbildung im Sozialbereich

### Alternativ Betreuung – nach vorheriger Genehmigung

Hilfswerk\*

MOKI\*

\*Betreuung nur an Werktagen (Montag - Freitag) zum Tarif lt. Betreuungsvertrag

### Erforderliche Unterlagen (Dem Antrag bitte in Kopie beilegen!)

1. Bei Pflegestufe 0-3 Einkommensnachweis der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen

(Die Einkommensgrenzen gelten nicht für Betreuung in den Pflegestufen 4-7!)

- Arbeiter:in/Angestellte:r-, geringfügig Beschäftigte:r

Arbeitnehmerveranlagung des Vorjahres

- Selbstständige

Einkommenssteuerbescheid / Einheitswertbescheid des Vorjahres

- Nachweis über sonstige Bezüge, die als Einkommen gelten

Wohngeld, Kinderbetreuungsgeld, Unterhaltsleistungen, Witwen- und

Waisenpension, Krankengeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe,

bedarfsorientierte Mindestsicherung

2. Kopie des Pflegebescheides

## Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Als Antragsteller:in erkläre ich hiermit, dass

1. die im Antrag gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen, vollständig sind und ich eine auf Grund unrichtiger Angaben enthaltene Förderung unverzüglich zurückzahlen habe.
2. ich mit der automationsunterstützten Datenverarbeitung gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes einverstanden bin.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller:in

