HINWEIS: Wir bitten Sie, den Antrag vollständig auszufüllen und alle erforderlichen Unterlagen beizulegen. Damit tragen Sie dazu bei, dass Ihr Ansuchen rasch erledigt werden kann.

ANTRAG auf Gewährung einer Förderung für pflegebedingte Wohnraumumbaumaßnahmen sowie sonstige pflegebedingte Maßnahmen

Einreichsstelle (bitte ankreuzen)

☐ Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales	☐ Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)
☐ Sozialministerium Service, Landesstelle Tirol	☐ AUVA
☐ Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen (SVS)	☐ Unterstützung Kriegsopfer und Menschen mit Behinderungen
☐ Pensionsversicherungsanstalt (PVA)	☐ sonstige Stellen:

**Ich beantrage zudem, dass dieser Antrag im Falle der Weiterleitung durch die
Einreichsstelle als Antrag bei anderen Kostenträgern gewertet wird!**

I. Persönliche Daten der betreuungs- oder pflegebedürftigen Person	
Vor- und Familienname, Titel:	☐ männlich ☐ weiblich
Geburtsdatum:	Vers.-Nr.:
Mitglied bei einer Krankenversicherung:	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja welche:	
Mitversichert bei:	Vers.-Nr.:
Staatsbürgerschaft:	
Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ Lebensgemeinschaft ☐ eingetr. Partnerschaft ☐ verwitwet	
Adresse:	Straße:
	PLZ:
	Ort:
Telefon:	E-Mail:
Wohnhaft seit:	Ist dies der Hauptwohnsitz? ☐ ja ☐ nein
Erhöhte Familienbeihilfe: ☐ ja ☐ nein	
Berufstätig: ☐ ja ☐ nein	
Wenn ja Dienstgeber/in:	

II. Angaben zu gesetzlichem Vertreter bzw. Erwachsenenvertreter

Name:

Adresse:

Telefon:

Im Fall einer gerichtlichen Bestellung (z.B. Erwachsenenvertretung):

(Bitte entsprechenden Nachweis beilegen!)

Bezirksgericht:

Geschäftszahl:

III. Angaben zur Betreuungs- oder Pflegebedürftigkeit

Welche Pflegegeldstufe wird bezogen:

Höhe d. Pflegegeldes:

Wurde Pflegegeld bzw. Pflegegelderhöhung beantragt?

ja

nein

Wenn ja Antragsstelle:

Hat ein Dritter die Betreuungs- oder Pflegebedürftigkeit verursacht? (Unfall o. Ä.)

ja

nein

Liegt eine Behinderung nach Einstufung des Sozialministerium Service vor? Grad: %

Kopie des Behindertenausweises vorlegen!

Folgende Gesundheitsschädigung liegt vor:

Besteht die Behinderung seit der Geburt?

ja

nein

IV. Einkommens- und Vermögensverhältnisse der betreuungs- oder pflegebedürftigen Person

Bitte entsprechende Nachweise beilegen!

1. Rente und Pension

Rente oder Pension wird bezogen:

ja

nein

Wenn ja:

Rente /Pension (z.B. von Sozialversicherungsträger, Kriegsoferrente, Opferfürsorgerente, Fürsorge- oder Zuschussrente, Kleinrentnerunterstützung, ausländische Rente, öffentliche Pension, Firmenpension, Dienstgeberpension, ausländische Pension, etc.):

Auszahlende Stelle:

monatlich netto €

2. Sozialleistungen		
Sozialleistung wird bezogen: ☐ ja ☐ nein		
Wenn ja:		
☐ Krankengeld ☐ Wochengeld ☐ Arbeitslosengeld ☐ Notstandshilfe ☐ Familienbeihilfe ☐ Kinderbetreuungsgeld	Auszahlende Stelle:	☐ tägl. ☐ mtl. netto € ☐ tägl. ☐ mtl. netto €
3. Unselbstständige Erwerbstätigkeit		
Unselbstständige Erwerbstätigkeit wird ausgeübt: ☐ ja ☐ nein		
Wenn ja: monatlicher Nettoverdienst €		
4. Selbstständige Erwerbstätigkeit		
Selbstständige Erwerbstätigkeit wird ausgeübt: ☐ ja ☐ nein		
Wenn ja: .. Geschätzte Einkünfte im laufenden Kalenderjahr: € (bitte letzten Steuerbescheid, Steuererklärung beilegen)		
5. Land- und forstwirtschaftlicher Besitz		
Land- und forstwirtschaftlicher Besitz vorhanden: ☐ ja ☐ nein		
Wenn ja: ☐ Selbstbewirtschaftung ☐ Verpachtung (bitte letzten Einheitswertbescheid beilegen)		
6. Unterhaltszahlungen oder Alimente		
Unterhaltszahlungen oder Alimente vorhanden: ☐ ja ☐ nein		
Wenn ja: .. monatlich netto: €		
7. Sonstige Einkünfte		
Sonstige Einkünfte vorhanden ☐ ja ☐ nein		
Wenn ja:		
☐ Leibrente ☐ Vermietung ☐ Verpachtung ☐ Stipendium ☐ Studienbeihilfe ☐ Mindestsicherung ☐ Mietzinsbeihilfe ☐ Wohnbeihilfe ☐ andere Einkünfte:.....		☐ tägl. ☐ mtl. netto € ☐ tägl. ☐ mtl. netto €

V. Angabe der persönlichen Daten der mit der betreuungs- oder pflegebedürftigen Person im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen (Ehegatte, Kinder, Eltern, Verwandte, Lebensgefährte, etc.) (Bitte entsprechende Nachweise beilegen!)

Vor- und Familienname	Geburtsdatum	Naheverhältnis	Mtl. Nettoeinkommen lt. Pkt. 1 bis 7 und Alimentationszahlungen	
			Art	Höhe
				€
				€
				€
				€

VI. Unterhalts-/Sorgeverpflichtung für nicht mit der betreuungs- oder pflegebedürftigen Person im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen

Vor- und Familienname	Geburtsdatum	Verwandtschafts- verhältnis	Höhe der monatlichen Unterhaltsleistung
			€
			€
			€

VII. Beschreibung des Vorhabens (kurze Begründung betreffend die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der pflegebedingten Maßnahme)

VIII. Finanzierung

Voraussichtliche Gesamtkosten	€
Voraussichtliche Eigenleistungen	€
Betreuungs- oder pflegebedingter Mehraufwand	€
Förderungen wurden zugesagt von	Förderungshöhe
	€
	€

IX. Geldleistung soll überwiesen werden an

Antragsteller/in

ausführende Firma

Name / Adresse:

Bank:

Wurde das Vorhaben bereits bezahlt? ja nein

IBAN:

Hinweise zum Datenschutz:

Zur Bearbeitung Ihres Anliegens bzw. zur Durchführung des Verfahrens werden personenbezogene Daten verarbeitet. Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten finden Sie unter: [TISO - Tiroler Informationssystem Sozialverwaltung](#)

- Ich verpflichte mich, die Leistung zurückzuzahlen, wenn
  - ich die Kostenträger über wesentliche Umstände unvollständig oder falsch unterrichtet habe,
  - das geförderte Vorhaben nicht oder durch mein Verschulden nicht rechtzeitig durchgeführt wird,
  - die Zuwendung widmungswidrig verwendet wird oder Bedingungen durch mein Verschulden nicht eingehalten werden,
  - ich die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung vereitle.
- Ich verpflichte mich weiters, den Kostenträgern jederzeit die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung der gewährten Förderungsmittel durch Einsicht in die Bücher und Belege sowie durch Besichtigung an Ort und Stelle zu ermöglichen.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Förderung durch die Kostenträger nur unter den genannten Bedingungen gewährt wird. Die Höhe des Zuschusses hängt von den finanziellen Mittel ab, die den Kostenträgern zur Verfügung stehen. Auf Leistungen von den diversen Kostenträgern besteht kein Rechtsanspruch.
- Bei offenen Restkosten in Höhe der bewilligten Förderung erkläre ich mich mit einer direkten Verrechnung mit der Lieferfirma einverstanden.

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass die von mir gemachten Angaben richtig und vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum

_____
Unterschrift des

Antragstellers

Erwachsenenvertreters/ Bevollmächtigten

Beizuschließen sind in Kopie:

Staatsbürgerschaftsnachweis *

Einkommensnachweis(e) (für die Punkte IV und V, Haushaltseinkommen)

Nachweis über Pflegegeld (Punkt III)

Bescheid des Bundessozialamtes über den Grad der Behinderung bzw. Kopie des Behindertenausweises * oder Bescheid des Finanzamtes über die erhöhte Familienbeihilfe (Punkt III)

Beschluss des Pflegerschaftsgerichts über die Erwachsenenvertretung *

aktuelle ärztliche Befunde, aus denen sich Art und Ausmaß der Behinderung und evtl. die Notwendigkeit der beantragten Maßnahme ergeben

Kostenvoranschlag bzw. Rechnung(en) mit Zahlungsnachweis(en)

Bürgschaftserklärung bei Ansuchen um ein Darlehen der PVA

* nur bei Neuantrag bzw. Änderung der maßgeblichen Daten

Stand Dezember 2018