

Aufenthaltstitel	i	_____	Aufenthaltsdauer	_____
Straße *		_____	Hausnummer/Tür *	_____
Postleitzahl *		_____	Ort *	_____
Telefon *		_____	E-Mail*	_____
Familienstand *		<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden
		<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft	<input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft seit (tt.mm.jjjj) _____
Kranken-versicherung *		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Krankenkasse _____
		<input type="checkbox"/> selbst-versichert	<input type="checkbox"/> 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 Aufenthaltsgesetz (NAG) beilegen

i

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	<input type="checkbox"/> Gerichtliche/ Erwachsenenvertreter/in	
Verfahren anhängig JA/NEIN		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
		<input type="checkbox"/> Gesetzliche Erwachsenenvertretung	<input type="checkbox"/> Gewählte Erwachsenenvertretung
		<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Individuelle Vollmacht (AVG)

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

Familienname	_____		
Vorname/n	_____	akad. Grad	_____
Telefon	_____	E-Mail	_____
Straße	_____	Hausnummer/Tür	_____
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.

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

3. Nettoeinkommen (ohne Pflegegeld) *

Pensions-/ Rentenleistungen i JA NEIN

mtl. € _____ auszahlende Stelle _____

mtl. € _____ auszahlende Stelle _____

mtl. € _____ auszahlende Stelle _____

mtl. € _____ auszahlende Stelle _____

mtl. € _____ auszahlende Stelle _____

Pension beantragt JA NEIN am (tt.mm.jjjj) _____ bei _____

Leistungen des AMS JA NEIN tgl. € _____
 auszahlende Stelle _____

Krankengeld JA NEIN tgl. € _____
 auszahlende Stelle _____

Rehabilitationsgeld JA NEIN tgl. € _____
 auszahlende Stelle _____

titulierter Unterhalt JA NEIN mtl. € _____
 Gerichtsbeschluss/-urteil vom _____ Bezirksgericht u. GZ _____
 Verpflichtete/r _____

tatsächlich erhaltene Unterhaltsleistungen JA NEIN mtl. € _____
 Verpflichtete/r _____

Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung JA NEIN mtl. € _____

Leibrente JA NEIN mtl. € _____ Verpflichtete/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.	€ _____

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

4. Pflegegeld *

inländisches Pflegegeld **i**

<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	mtl. € _____	Stufe _____
auszahlende Stelle _____		seit (tt.mm.jjjj) _____	
Pflegegeld(erhöhung) beantragt	<input type="checkbox"/> JA	am (tt.mm.jjjj) _____	<input type="checkbox"/> NEIN
Klage gegen Pflegegeldstufe eingebracht	<input type="checkbox"/> JA	am (tt.mm.jjjj) _____	<input type="checkbox"/> NEIN
ausländisches Pflegegeld			
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> 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 pflegfachliche Stellungnahme diesem Antrag beilegen.

Pflegegeld(erhöhung) beantragt am: Dieses Feld ist nur auszufüllen, wenn Pflegegeld oder eine Erhöhung desselbigen bereits beantragt wurden, die Entscheidung der Behörde jedoch noch ausständig ist.

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- /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

weitere ersatzpflichtige Person i

Familienname	_____		
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

weitere ersatzpflichtige Person i

Familienname	_____		
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) und/oder Befund eines Facharztes für Psychiatrie				

7. Datenschutzrechtliche Bestimmungen

<input type="checkbox"/>	<p>* 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</p> <p>Ich habe die allgemeinen Informationen</p> <ul style="list-style-type: none">- 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 <p>auf der Datenschutz-Informationssseite (https://datenschutz.stmk.gv.at) oder am beigefügten Datenschutz-Informationssblatt gelesen.</p>
--------------------------	---

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 _____