|  |  |
| --- | --- |
| Amt der Steiermärkischen Landesregierung  Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft  Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement  Referat Pflegemanagement  Friedrichgasse 9  8010 Graz   [24hbonus@stmk.gv.at](mailto:24hbonus@stmk.gv.at)../../kopfcol.jpg | \\fs01\lalej1\kopfcol.jpg |
|  |
| Eingangsstempel |
|  | |
| **Allgemeine Information:**  Betreuungsbonus für die 24-Stunden-Betreuung, die ihren Turnus im Zeitraum der Pandemie (neuartiges Coronavirus) bzw. längstens bis zum 31.12.2020 um zumindest 4 Wochen verlängert haben. | |

# Betreuungsbonus für die 24-Stunden-Betreuung – Bestätigung der Auszahlung an die Betreuungsperson



|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bitte beachten Sie:** | **\*** | **Angabe(n) erforderlich** | **i** | **Information zum Ausfüllen** |  | **Zutreffendes bitte ankreuzen** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Bestätigung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Ich bestätige, dass ich den Betreuungsbonus für die 24-Stunden-Betreuung in Höhe von € 500 nach erfolgter Förderzusage des Landes ungekürzt an die Betreuungskraft weitergegeben habe.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Betreuungszeitraum | | | von (tt.mm.jjjj) | | | **\*** |  |  | | bis (tt.mm.jjjj) | | | | | **\*** |  |  | | | |
| Auszahlungsdatum | | | (tt.mm.jjjj) | | | **\*** |  |  | |  | | | | |  |  |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 Betreute Person | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Familienname | | **\*** | |  |  | | | | | | | | |  | | | |  |  |  |
| Vorname/n | | **\*** | |  |  | | | | SV-Nummer | | **\*** |  |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.2 Betreuungsperson | | | | | | | | | | | |
| Familienname | **\*** |  |  | | | | |  |  |  |  |
| Vorname/n | **\*** |  |  | SV-Nummer | **\*** |  |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4. 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 zugrundliegenden 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-Informationsseite (<https://datenschutz.stmk.gv.at>) oder am beigefügten Datenschutz-Informationsblatt gelesen. |

|  |
| --- |
| **5. Erklärung** |
| **Ich erkläre ausdrücklich,**   * dass sämtliche Informationen vollständig und wahrheitsgemäß offengelegt wurden.   **Ich verpflichte mich, dass**   * ich Änderungen der für die Leistung maßgeblichen Umstände unverzüglich dem Referat für Pflegemanagement melden werde.   **Ich stimme der elektronischen Kommunikation per E-Mail zu.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ort | |  | | | | | | | | | | --------------------------------------------------------------------------------- | | | | | | | | | | | | | |
| Datum (tt.mm.jjjj) | |  | | | | | | | | | | **Unterschrift** | | | | | | | | | | | | | |
| **Unterschrift der betreuten Person wurde geleistet durch:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Antragsteller/in | | | | |  | | gerichtliche/n Erwachsenenvertreter/in (Sachwalter/in) | | | | | | | |  | | | vertretungsbefugte/n nächste/n Angehörige/n | | | | | | |
|  | gesetzliche/n Vertreter/in | | | | |  | | gesetzliche/n Erwachsenenvertreter/in | | | | | | | |  | | | gewählte/n Erwachsenenvertreter/in | | | | | | |
|  | Bevollmächtigte/r | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Familienname | | |  |  |  | | | | | | Vorname/n | | |  |  | |  | | | | akad. Grad | | |  | |
| Straße | | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | Hausnummer/Tür | |  |  | |  |
| Postleitzahl | | |  |  |  | | Ort | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon | | |  |  |  | | | | | | | | E-Mail | | | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unterschrift Betreuungsperson** | | |
| Ort |  | --------------------------------------------------------------------------------- |
| Datum (tt.mm.jjjj) |  | **Unterschrift** |