



Antrag Ersatz Testkosten für Betreuungskraft

Allgemeine Information

Antrag auf Kostenersatz für COVID-19 Testungen von einer Betreuungskraft im Rahmen der 24-Stunden-Betreuung

Empfangsstelle

Amt der NÖ Landesregierung
Abteilung Soziales und Generationenförderung
Landhausplatz 1
3109 St. Pölten
E-Mail: post.gs5@noel.gv.at

I) Betreute Person

Anrede * Frau Herr

Vorname * _____

Familienname * _____

Sozialversicherungs-Nr. (10-stellig) * _____

Straße * _____

Hausnummer * _____ Stiege _____ Tür _____

Postleitzahl * _____ Ort * _____

Telefonnummer * _____

E-Mail * _____

Findet die 24-Stunden-Betreuung an der oben angeführten Adresse statt? *

Ja Nein

Wenn nein, Adresse der 24-Stunden-Betreuung * _____

II) Getestete Betreuungskräfte

Betreuungskraft 1

Anrede * Frau Herr

Vorname * _____

Familienname * _____

öst. Sozialversicherungs-Nr. (10-stellig) * _____

Telefonnummer * _____

E-Mail * _____

Datum und Ort der Testung * _____

Beginn und Ende des Turnus* _____

Betreuungskraft 2

Anrede * Frau Herr
Vorname * _____
Familiennamen * _____
öst. Sozialversicherungs-Nr. (10-stellig) * _____
Telefonnummer * _____
E-Mail * _____
Datum und Ort der Testung * _____
Beginn und Ende des Turnus* _____

Betreuungskraft 3

Anrede * Frau Herr
Vorname * _____
Familiennamen * _____
öst. Sozialversicherungs-Nr. (10-stellig) * _____
Telefonnummer * _____
E-Mail * _____
Datum und Ort der Testung * _____
Beginn und Ende des Turnus* _____

Betreuungskraft 4

Anrede * Frau Herr
Vorname * _____
Familiennamen * _____
öst. Sozialversicherungs-Nr. (10-stellig) * _____
Telefonnummer * _____
E-Mail * _____
Datum und Ort der Testung * _____
Beginn und Ende des Turnus* _____

Wichtiger Hinweis: Sollten mehr als 4 Betreuungskräfte tätig gewesen und getestet worden sein, sind diese ebenfalls bekannt zu geben.

III) Person, welche die Kosten getragen hat (nur auszufüllen, wenn nicht mit betreuter Person I) ident)

Anrede * Frau Herr
Vorname * _____
Familiename * _____
Sozialversicherungs-Nr. (10-stellig) * _____
Straße * _____
Hausnummer * _____ Stiege _____ Tür _____
Postleitzahl * _____ Ort * _____
Telefonnummer * _____
E-Mail * _____

IV) Daten der Bankverbindung (Europäisches Konto), auf welche der Kostenersatz angewiesen werden soll

IBAN * _____
BIC- *.... . _____
Name der Bank * . _____
KontoinhaberIn * _____

V) Voraussetzungen und Erklärungen

- 1) Die 24-Stunden-Betreuung muss in Niederösterreich stattfinden.
- 2) Die Testkosten und die Bezahlung durch die unter I) bzw. III) angeführte Person müssen nachgewiesen werden.
- 3) Die inländische COVID-19 Testung der Betreuungskraft muss in Niederösterreich im Zeitraum von März 2020, sofern nicht ein Kostenersatz auf Grundlage eines Screeningprogramms gemäß § 5a Epidemiegesetz geleistet wird bzw. die ausländische COVID-19 Testung der Betreuungskraft muss im Zeitraum von März 2020 bis 30. September 2021 durchgeführt und bezahlt worden sein.
- 4) Der Kostenersatz beträgt bei inländischen Test bis zu € 85 und bei ausländischen Tests bis zu € 60 pro Monat pro Betreuungskraft und wird ab 1. Februar 2021 (Testdatum) sowohl im Zuge der Einreise als auch der Ausreise für Betreuungstätigkeiten gewährt.
- 5) Die antragstellende Person nimmt zur Kenntnis, dass der Kostenersatz nur unten den vorstehend angeführten Voraussetzungen gewährt wird und auf den Kostenersatz kein Rechtsanspruch besteht.
- 6) Die antragstellende Person verpflichtet sich, den Bonus zurückzuzahlen, wenn wesentliche Umstände verschwiegen oder unwahre Angaben gemacht wurden oder wenn die Voraussetzungen nicht erfüllt wurden. Dies gilt auch rückwirkend.
- 7) Die antragstellende Person erklärt hiermit verbindlich, dass die Angaben wahr und vollständig sind.
- 8) Für die Betreuungskraft wurden im jeweiligen Monat noch keine Testkosten geltend gemacht.

VI) Notwendige Beilagen

- Nachweise über die Testkosten (Rechnungen) und die Bezahlung (Zahlungsvermerke auf Rechnung, Überweisungsbestätigungen, Zahlungsbestätigungen) durch die unter I) bzw. III) angeführte Person
- Nachweis über die 24-Stunden-Betreuung (Betreuungsvertrag) und über den Betreuungsort in Niederösterreich (Betreuungsort im Betreuungsvertrag)
- Nachweise über Beginn und Ende des Turnus

VII) Hinweis

Sollte der Kostenersatz zu Unrecht bezogen worden sein, ist dieser zurückzuerstatten.

VIII) Zustimmung

Ich stimme der elektronischen Kommunikation per E-Mail zu.

IX) Allgemeine Hinweise

Datenschutz

Allgemeine Informationen nach Artikel 13 DSGVO

Gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung möchten wir Sie informieren, dass die von Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten (elektronisch) verarbeitet werden. Detaillierte Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, Ihren Rechten als betroffene Person einer Datenverarbeitung sowie zum Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde sind im Internet unter www.noel.gv.at/datenschutz abrufbar.

Übermittlung

Bitte speichern Sie das ausgefüllte Formular lokal auf Ihrem Gerät ab und laden Sie dieses, wenn nötig unterschriebene, Formular über das [Online-Formular „Allgemeines Anbringen“](#) hoch.

Bitte laden Sie im Formular die erforderlichen Unterlagen hoch!

X) Unterschrift

Datum, Unterschrift der Person, welche die Kosten der Testung getragen hat

(entfällt bei digitaler Signatur)