

Antrag Familienhilfe

Bitte füllen Sie alle Felder vollständig aus.
Unvollständige Anträge können nicht bearbeitet werden.
Das Datum bitte im Format TT.MM.JJJJ (zum Beispiel 01.01.2022) eingeben.

Daten Antragsteller*in

Vorname		Familiennamen			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> offen	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig/alleinlebend	<input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft		<input type="checkbox"/> geschieden	
	<input type="checkbox"/> getrennt-lebend	<input type="checkbox"/> verwitwet			
	<input type="checkbox"/> verheiratet				
Geburtsdatum					
Wohnort	Postleitzahl	Ort	Straße		
Telefon	E-Mail				
Beruf	<input type="checkbox"/> Haushaltsführende*r	<input type="checkbox"/> Karenz			
	<input type="checkbox"/> Student*in	<input type="checkbox"/> Selbständige*r			
	<input type="checkbox"/> Arbeitslos	<input type="checkbox"/> Landwirt*in			
	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer*in	<input type="checkbox"/> Pensionist*in			
	<input type="checkbox"/> Beamter/ Beamtin/ Vertragsbedienstete*r				
Dienstgeber*in/ Bezug auszahlende Stelle					

Daten Partner*in

Vorname		Familiennamen			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> offen	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig/alleinlebend	<input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft		<input type="checkbox"/> geschieden	
	<input type="checkbox"/> getrennt-lebend	<input type="checkbox"/> verwitwet			
	<input type="checkbox"/> verheiratet				
Geburtsdatum					
Wohnort	Postleitzahl	Ort	Straße		
Telefon	E-Mail				

Beruf	<input type="checkbox"/> Haushaltsführende*r <input type="checkbox"/> Student*in <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer*in <input type="checkbox"/> Beamter/ Beamtin/ Vertragsbedienstete*r	<input type="checkbox"/> Karenz <input type="checkbox"/> Selbständige*r <input type="checkbox"/> Landwirt*in <input type="checkbox"/> Pensionist*in
-------	--	--

Daten der minderjährigen Familienmitglieder

Vorname	Nachname	Geburtsdatum	Geschlecht	
			<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> o
			<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> o
			<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> o
			<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> o
			<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> o
			<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> o
			<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> o
			<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> o

w=weiblich, m=männlich; d=divers, o=offen

Anlass der Antragsstellung/ Betreuungsgrund

<input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Entbindung/Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Termine und Begleitung <input type="checkbox"/> Spital-/Reha-/Kuraufenthalt <input type="checkbox"/> Abholung von Kindergarten Adresse: <input type="checkbox"/> Abholung von Schule/Hort Adresse:	<input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> Todesfall in Familie <input type="checkbox"/> Kindergarteneingewöhnung <input type="checkbox"/> Entlastung und Unterstützung <input type="checkbox"/> Sonstiges
Sonstige Anmerkungen:	

Betreuungsverlauf

Betreuungswunsch ab	<input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> Datum:	<input type="checkbox"/> noch nicht bekannt
Ich benötige Betreuung zu folgender Zeit	<input type="checkbox"/> vormittags <input type="checkbox"/> vormittags und nachmittags	<input type="checkbox"/> nachmittags

Bitte beachten Sie: Die Betreuung findet in der Regel **2 Mal pro Woche** statt. Ein Einsatz dauert **4 Stunden**.

Sonstiges

In meinem Haushalt leben Haustiere <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche

In meiner Familie werden folgende Sprachen gesprochen

In meiner Familie lebt ein Kind/Jugendlicher mit Behinderung :	
Name des Kindes/Jugendlichen	Art der Behinderung

Betreuung von Kindern/Jugendlichen mit Behinderung

Ich nehme zur Kenntnis, dass der*die Familienhelfer*in mein Kind mit Behinderung **NICHT** alleine betreuen darf.

Betreuung bei (meldepflichtigen) Krankheiten

Ich nehme zur Kenntnis, dass bei (meldepflichtigen) Krankheiten in der Familie (z.B. Keuchhusten, Masern, Röteln, Mumps, Scharlach, ...) die Betreuung erst nach Abklärung der Ansteckungsgefahr stattfindet.

Kostenbeitrag

Die Leistung des Sozialdienstes Familienhilfe wird von der Stadt Wien, Kinder- und Jugendhilfe, finanziert.

Ihr **persönlicher Kostenbeitrag** für die Inanspruchnahme berechnet sich nach der Höhe Ihres **monatlichen Familieneinkommens (netto) OHNE Familienbeihilfebezüge**. Bitte geben Sie uns folgende Angaben zum Einkommen bekannt (Eingabe in €) :

Familiennettoeinkommen Antragsteller*in und Partner*in (Nettogehalt/Monat, bei Selbständigkeit: Jahreseinkommen Vorjahr/14)	
Kinderbetreuungsgeld/ Wochengeld	+
Alimente	+
Sonstiges (AMS-Bezüge, Rente, MA 40-Bezüge, etc.)	+
Zwischensumme	
Abzüglich zu zahlender Alimente	-
Monatliches Familieneinkommen gesamt	

Bitte **kreuzen Sie an**, wie hoch **Ihr persönlicher Kostenbeitrag** aufgrund Ihrer aktuellen Angaben ist:

Berechnungsgrundlage für den persönlichen Kostenbeitrag pro Einsatzstunde:	
<ul style="list-style-type: none">• Bis zu einer Höhe von € 2.199	<input type="checkbox"/> € 3,00
<ul style="list-style-type: none">• Von € 2.200 bis € 2.499	<input type="checkbox"/> € 4,50
<ul style="list-style-type: none">• Von € 2.500 bis € 3.099	<input type="checkbox"/> € 6,00
<ul style="list-style-type: none">• Von € 3.100 bis € 3.699	<input type="checkbox"/> € 9,00
<ul style="list-style-type: none">• Ab € 3.700	<input type="checkbox"/> € 12,00

Die Caritas behält sich zwecks stichprobenartiger Überprüfung der Angaben vor, die Nachweise Ihres Einkommens (Gehaltszettel, AMS-Bescheid...) gegebenenfalls anzufordern.

Reduktion des persönlichen Kostenbeitrags: In bestimmten Fällen kann der Kostenbeitrag reduziert werden. Bitte nehmen Sie mit uns Kontakt auf.

Bestätigung des persönlichen Kostenbeitrags und Zahlungspflicht

Ich nehme den Kostenbeitrag pro Einsatzstunde zur Kenntnis.

Zahlungspflicht: Die Rechnungslegung erfolgt monatlich nach geleisteten Betreuungsstunden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Betreuung mit sofortiger Wirkung beendet wird, sofern offene Forderungen bestehen.

Vertragsabschluss

Ich habe die **Angaben richtig** und **vollständig** gemacht.

Ich habe das **Informationsblatt (AGB) der Familienhilfe** gelesen und erkläre mich damit **einverstanden**.

Ich habe die **Beratungs- und Betreuungsvereinbarung** (Datenschutzerklärung) der Familienhilfe der Caritas Wien gelesen und verstanden.

Ich nehme die **Beratungs- und Betreuungsvereinbarung** (Datenschutzerklärung) **zur Kenntnis** und bin mit der Verarbeitung meiner Daten **einverstanden**.

Datum	Unterschrift
-------	--------------