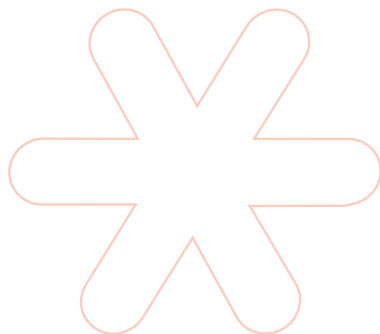
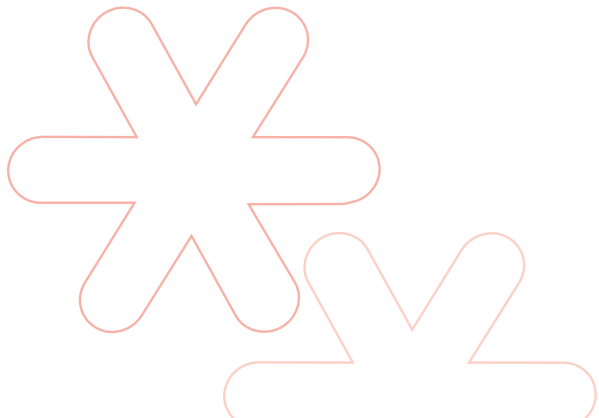


FINANZIELLE ABSICHERUNG



*Es besteht ein enger
Zusammenhang
zwischen körperlichem,
seelischem und sozialem
Wohlbefinden.*



Armut, existenzielle Ängste oder die finanzielle Abhängigkeit von der Familie können krankmachend bzw. krankheitserhaltend sein und schränken die individuellen Verwirklichungschancen beträchtlich ein.

Die Basis jedes Sozialstaates ist ein garantierter Zugang zu Rechten und Möglichkeiten finanzieller Absicherung. Soziale Leistungen sind keine Almosen sondern Rechtsansprüche für jene Menschen, welche die Zugangsvoraussetzungen dafür erfüllen.

Grundsätzlich ist folgendes zu beachten:

- Für jede Leistung muss rechtzeitig ein Antrag gestellt werden.
- Jede Behörde ist verpflichtet, einen schriftlichen Bescheid anzufertigen. Dieser ist vor allem dann unentbehrlich, wenn der Antrag abgelehnt wird und ein Rechtsmittel (Berufung, Klage) ergriffen werden muss, um in die nächste Instanz zu gehen.
- Gehen Sie nicht davon aus, dass Behörden immer Recht haben. Im Umgang mit manchen Behörden ist Beharrlichkeit und Durchhaltevermögen nötig, damit Sie zu Ihrem Recht kommen.



- Fundierte sozialrechtliche Beratung und in manchen Fällen auch ein Rechtsbeistand können dabei hilfreich sein.

 www.hpe.at, www.arbeiterkammer.at

- Bei Verwaltungsverfahren haben die Beteiligten das Recht, sich einen Rechtsbeistand zu wählen und in seiner Begleitung vor der Behörde zu erscheinen. Dieser Beistand kann auch ein Angehöriger, Freund etc. sein (nach dem AVG - Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 -/Abs.5): „Die Beteiligten können sich eines Rechtsbeistandes bedienen und auch in seiner Begleitung vor der Behörde erscheinen“.

Die wichtigsten Möglichkeiten der sozialen und finanziellen Absicherung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden im Folgenden erläutert:

WENN JEMAND KRANK IST: KRANKENVERSICHERUNG (KV)

Pflichtversichert sind alle Dienstnehmer, deren Einkommen die Geringfügigkeitsgrenze (2012: Monatsgehalt: € 376,26 und € 28,89 tägliches Gehalt) übersteigt

und beitragsfrei deren Kinder bis zur Vollendung des 18., in ganz bestimmten Fällen sogar bis zum 21. Lebensjahr (auf Antrag). Der Krankenversicherungsschutz verlängert sich für die Kinder in Ausbildung bis längstens zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

MITVERSICHERUNG PSYCHISCH ERKRANKTER MIT DEN ELTERN

Darüber hinaus ist die KV mit den Eltern möglich, wenn eine Erwerbsunfähigkeit des Kindes vor dem 18. Lebensjahr oder während einer Ausbildung vor Vollendung des 27. Lebensjahrs festgestellt wurde. Es muss sich allerdings um eine von der Behörde anerkannte und durch Prüfungsergebnisse nachgewiesene Ausbildung handeln. Eltern psychisch kranker (auch erwachsener) Kinder, bei denen dies zutrifft, können bei der zuständigen Krankenkasse nach §§ 51, 123 ASVG 1955 einen Antrag auf Weiterversicherung stellen. Wenn der Erkrankte nie erwerbsfähig werden sollte, so kann er unbegrenzt mit den Eltern mitversichert bleiben und nach dem Ableben der Eltern durch den darauffolgenden Erwerb einer Waisenpension weiterversichert bleiben.

 www.sozialversicherung.at

KRANKENGELD (KG)

Das KG hat die Funktion, im Falle der Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit den Verdienstaufschlag teilweise zu ersetzen. Anspruchsberechtigt sind aktiv Versicherte. Das KG wird grundsätzlich bis zu einer Dauer von 26 Wochen gewährt. Diese Anspruchsdauer erhöht sich maximal auf 52 Wochen.

Das KG ist unter Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes sowie einer vom Arbeitgeber ausgestellten Arbeits- und Entgeltbestätigung bei der örtlich zuständigen Bezirksstelle der Krankenversicherung längstens binnen einer Woche zu beantragen. Unabhängig davon ist einer Vorladung zum Kontrollarzt der Krankenversicherung Folge zu leisten. KG gebührt sowohl bei ambulanter als auch stationärer Behandlung.

Nach einer psychischen Krise empfiehlt sich ein langsames Herausgleiten aus dem Krankenstand. Ein ungeduldiger Kontrollarzt wird eine Bestätigung der behandelnden Ärzte über den Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit respektieren.

 www.sozialversicherung.at

WENN JEMAND ARBEITSLOS IST ARBEITSLOSENGELD (ALG)

Unselbständig Erwerbstätige und freie Dienstnehmer, die ein Einkommen über der Geringfügigkeitsgrenze (2012: Monatsgehalt: € 376,26 und € 28,89 tägliches Gehalt) erzielen, haben bei Erstantrag Anspruch auf ALG, wenn sie innerhalb der letzten 24 Monate 52 Wochen versicherungspflichtig beschäftigt waren. Bei jungen Erwachsenen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres genügen bereits 26 Wochen Anwartschaft innerhalb von 12 Monaten. Ein genaues Recherchieren der Versicherungszeiten kann sich lohnen. Der Anspruch auf ALG sollte unverzüglich beim Arbeitsmarktservice (AMS)* geltend gemacht werden, da das ALG frühestens mit dem Tag der Antragstellung zuerkannt wird. Der Antrag muss in den ersten 7 Tagen nach Eintritt der Arbeitslosigkeit persönlich gestellt werden. Zuständig ist das AMS jenes Bezirks, in dem der Betroffene seinen Hauptwohnsitz hat.

Das ALG wird mindestens für 20 Wochen gewährt und ein Dazuverdienst bis zur Geringfügigkeitsgrenze ist möglich. Wer ohne triftigen Grund die Kontrolltermine des Arbeitsmarktservice nicht wahrnimmt, verliert die Leistungsbezüge bis zur Neuanmeldung. Unter



Umständen verkürzt sich dadurch der Zeitraum, in dem Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht.

Der Bezug von ALG setzt Arbeitsfähigkeit und Arbeitswilligkeit voraus. Bei psychischer Erkrankung empfiehlt es sich daher, auf eventuelle Einschränkungen (z.B. geringere Stresstoleranz) aufmerksam zu machen, die Arbeitsfähigkeit der Person sollte dadurch aber nicht in Frage gestellt werden.

ALG-Bezieher sind krankenversichert. Ein Krankenstand unterbricht den Anspruch auf ALG, verlängert somit den Anspruchszeitraum und ist daher anzuraten, wenn der Erkrankte noch zu instabil für einen beruflichen Wiedereinstieg ist.

** Das AMS ist eine Serviceleistung der öffentlichen Hand für Arbeitssuchende mit der Aufgabe, diese bei der Arbeitssuche zu unterstützen.*

 www.ams.at

NOTSTANDSHILFE (NH)

Ist die Bezugsdauer des ALG erschöpft, so kann beim AMS NH beantragt werden, wenn eine Notlage vorliegt.

Diese wird für längstens 52 Wochen bewilligt und kann danach neu beantragt werden. Zur Prüfung, ob diese Notlage vorliegt, wird sowohl das eigene Einkommen, als auch jenes des im Haushalt lebendes Ehepartners oder Lebensgefährten berücksichtigt. Das Einkommen der Eltern, Kinder oder sonstiger Verwandter ist dagegen selbst bei gemeinsamem Haushalt unerheblich. Wenn einer im gleichen Haushalt lebender Partner wegen des Einkommens dieses Partners keinen Anspruch auf Notstand hat, kann der einkommenslose Partner über das AMS kostenlos mitversichert werden.

Es ist sinnvoll, den Antrag auf NH vor dem Ausschöpfen des ALG-Bezuges zu stellen, spätestens jedoch muss er innerhalb von 3 Jahren gestellt werden. Bezüglich Zuverdienst, Arbeitsfähigkeit, Krankenversicherung und -geld und Kontrollterminen gelten gleiche Regelungen wie beim ALG.

 www.ams.at



WENN JEMAND NICHT MEHR ARBEITSFÄHIG IST INVALIDITÄTS-, BERUFSUNFÄHIGKEITS- UND ERWERBSUNFÄHIGKEITSPENSION (IVP)

Beim Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit gibt es abhängig von der Berufsgruppe unterschiedliche Begriffe: Arbeiter-Invalidität, Angestellte-Berufsunfähigkeit, Andere-Erwerbsunfähigkeit.

Anspruchsvoraussetzungen sind, dass die Invalidität voraussichtlich 6 Monate andauert, eine Mindestzahl an Versicherungsmonaten erworben wurde und die Voraussetzungen für eine Alterspension noch nicht erfüllt sind. Die notwendige Mindestversicherungszeit beträgt 60 Versicherungsmonate in den letzten 10 Jahren vor Vollendung des 50. Lebensjahres. Danach wird pro Lebensmonat ein Monat Versicherungszeit dazu gerechnet.

Bei Erwerbsunfähigkeit vor dem 27. Lebensjahr genügt eine Versicherungszeit von 6 Monaten zur Erfüllung der Anwartschaft auf eine eigene Pension. Diese Regelung ist vor allem für in jungen Jahren psychisch erkrankte Menschen sehr bedeutsam. Diese 6 Monate müssen

„echte“ Arbeitszeit und nicht nur Arbeitserprobung bzw. -training gewesen sein und die Erstmanifestation der Erkrankung (der erste Ausbruch der Erkrankung), die zur Erwerbsunfähigkeit geführt hat, muss nach den 6 Monaten „echte“ Arbeitszeit erfolgt sein. War die Erkrankung schon vor der diesen 6 Monaten Arbeitszeit gegeben, gilt diese Regelung nicht.

Der Antrag zur Einleitung des Pensionsfeststellungsverfahrens ist bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) einzubringen. Grundlage für die Entscheidung bildet eine ärztliche Begutachtung bei einem Vertrauensarzt der PVA, bei der die Arbeitsfähigkeit der Antragsteller überprüft wird. Jeder Antrag auf IVP ist als Antrag auf Rehabilitation zu sehen, die dann gewährt wird, wenn sie eine Wiedereingliederung des Versicherten ins Erwerbsleben bewirken kann.

Ist eine dauernde Invalidität anzunehmen, erfolgt eine unbefristete Gewährung der Leistung, sonst wird die Pension für maximal 2 Jahre befristet zuerkannt. Nach Ablauf der Befristung ist die Weitergewährung der Pension binnen drei Monaten nach dem Pensionswegfall zu beantragen, um keine Unterbrechung zu riskieren.

Neben dem Bezug der IVP ist ein Zuverdienst bis zur Geringfügigkeitsgrenze möglich. Übersteigt das Einkommen aus Pension und Arbeitseinkommen einen bestimmten Betrag, so wird die IVP in eine Teilpension umgewandelt. Unter bestimmten Bedingungen ist der Bezug der Ausgleichszulage auf Antrag möglich. Ein Ausgleichszulagenbezieher darf geringfügig dazuerdienen, verliert jedoch die Ausgleichszulage (siehe dazu unten mehr) in der Höhe des Bezuges der geringfügigen Beschäftigung.

Bei einer Ablehnung des Pensionsantrages ist innerhalb von 3 Monaten Einspruch beim zuständigen Arbeits- oder Sozialgericht zu erheben. Es ist ratsam, sich dafür fachkundige Unterstützung, z.B. bei der Arbeiterkammer, zu holen. Ein gesetzlicher Vertreter kann schriftlich namhaft gemacht werden.

 www.pensionsversicherung.at

Bei der Drucklegung der Broschüre zeichnen sich wichtige Änderungen bei der Invaliditätspension ab (weg von der befristeten IVP hin zu einem Rehabilitationsgeld), die ab 2014 gelten sollen. Aktuelle Informationen dazu finden Sie auf der Homepage des Sozialministeriums

bzw. erhalten Sie bei HPE.

 www.bmsk.gv.at

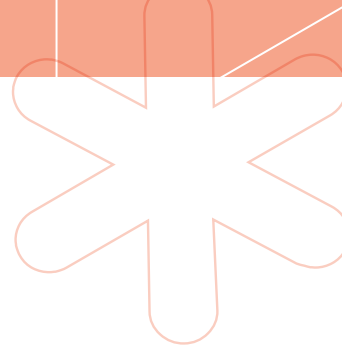
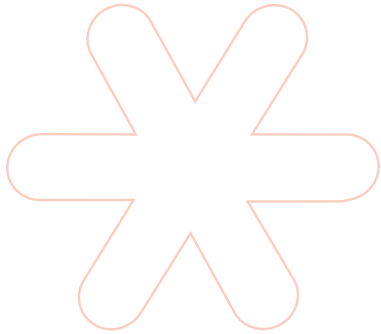
 www.hpe.at

PENSIONSBEVORSCHUSSUNG (PV)

Ein Antrag auf IVP muss sofort dem AMS gemeldet werden. Während des Pensionsfeststellungsverfahrens erhält der Antragsteller vom AMS den PV und ist damit weiter krankenversichert. In dieser Zeit wird keine Arbeitsvermittlung durchgeführt.

Lehnt die PVA den Antrag auf IVP ab und wird keine Klage eingebracht, so muss sich die betroffene Person sofort beim AMS melden. Dieses kann die Ablehnung der PVA zur Kenntnis nehmen, damit setzt sich der Bezug von ALG oder NH fort. Nimmt das AMS die Ablehnung nicht zur Kenntnis, wird eine Begutachtung beim Amtsarzt angeordnet. Stellt dieser eine Arbeitsfähigkeit fest, so bleibt weiterhin das AMS zuständig, wenn nicht, dann muss sich die betroffene Person an die Sozialabteilung der zuständigen Bezirkshauptmannschaft bzw. Magistrate wenden (siehe dazu unten: Bedarforientierte Mindestsicherung).

 www.pensionsversicherung.at



WENN JEMAND NIE WIRKLICH* SELBST-ERHALTUNGSFÄHIG WURDE

**„Nie wirklich arbeitsfähig“ kann auch bedeuten, dass der Betroffene verschiedene Arbeitsversuche geleistet hat, aber aufgrund seiner Beeinträchtigung einen Job nie wirklich auf längere Zeit ausführen konnte.*

WAISENPENSION (WP)

Die Waisenpension (bzw. Halbwaisenpension) ist eine Leistung, die den hinterbliebenen Kindern nach dem Tod eines versicherten Elternteiles eine soziale Absicherung garantiert, wenn der Verstorbene zum Zeitpunkt seines Todes Anspruch auf IVP oder Alterspension gehabt hätte.

Menschen mit einer psychischen Erkrankung können dann eine Waisenpension bekommen, wenn ihre Erkrankung und Erwerbsunfähigkeit vor dem 18. Lebensjahr bzw. während einer Berufsausbildung vor Vollendung des 27. Lebensjahres eingetreten ist. Sind diese Voraussetzungen mittels Dokumenten nachweisbar, so ist es empfehlenswert, dass Eltern in ihrem Testament auf die Möglichkeit einer Waisenpension für ihr Kind nach ihrem Tod hinweisen und jemanden (z.B. Verwandte,

Gericht) beauftragen, die notwendigen Anträge für ihr Kind zu stellen.

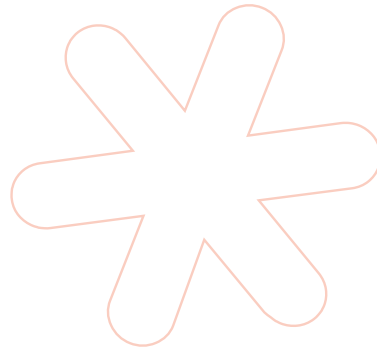
 www.pensionsversicherung.at

ERHÖHTE FAMILIENBEIHILFE (EFB)

Die EFB ist eine wichtige finanzielle Absicherungsmöglichkeit für jene Menschen, die in jungen Jahren psychisch erkrankt sind und erwerbsunfähig geblieben sind.

Den Erhöhungsbetrag zur Familienbeihilfe erhalten Eltern, bei deren Kind aufgrund einer erheblichen Behinderung oder Erkrankung nicht nur eine vorübergehende Funktionsbeeinträchtigung (voraussichtlich mehr als 3 Jahre) im körperlichen, geistigen oder psychischen Bereich von mindestens 50 % besteht und das infolge dieser Beeinträchtigung voraussichtlich dauernd außerstande ist, sich selbst den Unterhalt zu verschaffen. Die Erkrankung und Erwerbsunfähigkeit des Kindes muss vor dem 21. Lebensjahr oder während einer späteren Berufsausbildung bis spätestens zur Vollendung des 25. Lebensjahres eingetreten sein.

Der Antrag auf EFB ist beim zuständigen Wohnsitzfinanzamt zu stellen. Die EFB wird im Regelfall von



den Eltern bezogen. Bei Volljährigkeit kann auch die betroffenen Person selbst den Antrag stellen, vorausgesetzt die Eltern kommen ihrer Sorgerechtsverpflichtung nicht nach.

Die Begutachtung erfolgt von einem Arzt des Bundessozialamtes, der den Grad der Behinderung und die Arbeitsunfähigkeit feststellen muss. Das Vorliegen der erheblichen Behinderung wird spätestens alle 5 Jahre neuerlich geprüft, ausgenommen der Sachverständige des BSA hat festgestellt, dass „keine Änderung zu erwarten“ sei.

Die EFB wird als Zuschlag zur allgemeinen Familienbeihilfe gewährt und beträgt im Jahre 2012 € 138,30/Monat. Ein behinderter Mensch ab dem 19. Lebensjahr erhält somit insgesamt im Monat € 291,- (€ 152,70 Familienbeihilfe + € 138,30 Erhöhungsbeitrag). Zusätzlich wird ein Kinderabsetzbetrag von € 58,40/Kind gemeinsam mit der EFB ausbezahlt.

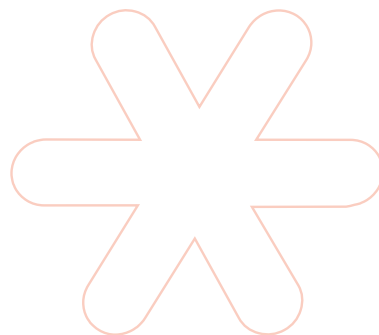
Die EFB wird nicht weiter ausbezahlt, wenn die betroffene Person ein eigenes Einkommen hat, das über € 10.000 liegt (im Jahre 2012), wobei ein ev. 13. und 14. Gehalt und das Einkommen der Eltern nicht dazu zu rechnen sind.

Grundsätzlich ist jedes zusätzliche Einkommen (z.B. aus geringfügiger Arbeit) und jede Veränderung im Leben der betroffenen Person (z.B. Umzug in eine Wohngemeinschaft) dem Finanzamt zu melden.

Leben mehrere Kinder in der Familie, erhöht sich der Gesamtbetrag an Familienbeihilfe um die sogenannte Geschwisterstaffelung. In diesem Fall ist es anzuraten, dass nicht der Betroffene sondern die Eltern die EFB beziehen.

Befindet sich der Betroffene in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung, ruht die EFB für diesen Zeitraum, wenn sie von der betroffenen Person selbst bezogen wird. Während des Präsenz oder Zivildienstes besteht kein Anspruch auf Familienbeihilfe. Beziehen die Eltern die EFB für die erkrankte Person und können sie glaubhaft machen, dass sie in der Zeit des Krankenhausaufenthalts weiter für ihr Kind sorgen (Besuche, Taschengeld, Wäsche, Wohnung etc.), können sie diese auch während dieser Zeit beziehen.

Es passiert immer wieder, dass Finanzämter trotz ähnlicher Beurteilungslage unterschiedlich bescheiden, daher



ist oft Durchhaltevermögen und fachkundige Unterstützung notwendig. Wird der Antrag auf EFB abgelehnt, so ist eine Berufung mit schlagkräftigen Argumenten und Gutachten beim Unabhängigen Finanzsenat (UFS) einzubringen.

Prinzipiell kann die Familienbeihilfe jederzeit beantragt werden. Rückwirkend wird sie jedoch nur für fünf Jahre ab dem Monat der Antragstellung gewährt.

STEUERERLEICHTERUNG FÜR ELTERN, DIE EFB BEZIEHEN

Beziehen die Eltern die EFB für ihr erheblich behindertes Kind, dann können sie im Rahmen der jährlichen Arbeitnehmerveranlagung einen monatlichen Absetzbetrag von der von ihnen im Vorjahr bezahlten Lohnsteuer geltend machen. Die Vorlage von Belegen ist in diesem Falle nicht erforderlich. In besonderen Fällen ist es durch die Vorlage von Belegen auch möglich einen steuerlichen Vorteil zu bekommen, wenn keine EFB genehmigt wurde, die Eltern jedoch für ihr beeinträchtigtes Kind besondere Ausgaben haben und eine Behinderung vom BSA festgestellt wurde.

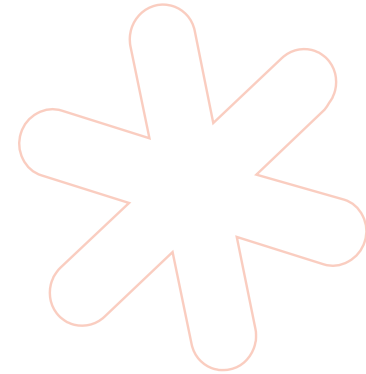
 www.bmf.gv.at

BEDARFSORIENTIERTE MINDESTSICHERUNG (BMS)

Mit dem Ziel einer effektiveren Armutsbekämpfung und der Reformierung der bundesländerweit unterschiedlichen Sozialhilferichtsätze gibt es seit 1. September 2010 in Wien und Niederösterreich (in allen anderen Bundesländern zu einem späteren Zeitpunkt) die BMS als Unterstützung für Menschen, die in eine finanzielle Notlage geraten sind und aus eigenen Mitteln ihren Lebensunterhalt nicht mehr bestreiten können.

Allgemeine Verbesserungen bei der BMS sind der Einbezug der BMS-Bezieher in die gesetzliche Krankenversicherung (E-Card für alle) und der Entfall einer Rückzahlungspflicht (Regress), wenn zu einem späteren Zeitpunkt wieder Vermögen durch eigene Arbeit erwirtschaftet wird. Ausgenommen sind Vermögen, die durch Erbschaft, Glücksspiel oder ähnliches erworben wurden. Ebenso werden in den meisten Bundesländern (traurige Ausnahme: Steiermark) die Eltern nicht mehr zu Unterhaltsleistungen für ihre volljährigen Kindern verpflichtet.

Anspruch auf die BMS haben österreichische Staatsbürger oder gleichgestellte Personen (EU-Bürger), die



ihren Hauptwohnsitz in Österreich haben, wenn sie kein Einkommen haben oder dieses unter dem jeweiligen Mindeststandard (Netto-Ausgleichszulagenrichtsatz der Pensionsversicherungsanstalt) liegt.

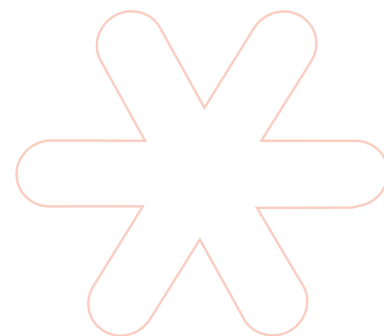
Die BMS gibt es nicht bedingungslos. Arbeitsfähige Menschen müssen bereit sein, ihre Arbeitskraft einzusetzen. Die Behörde wird auch das Vermögen des Antragstellers prüfen (Freibetrag bei Ersparnisse im Jahre 2012: € 3.866,30). Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nicht arbeitsfähig sind, sei empfohlen handfeste Unterlagen (v.a. Befunde von behördlichen Sachverständigen wie z.B. vom Bundessozialamt) zu sammeln, welche die Einschränkungen ihrer Arbeitsfähigkeit nachweisen, die letztgültige Entscheidung darüber trifft ein Gutachter der Behörde.

Um einen Rechtsanspruch auf die BMS geltend zu machen, muss ein Antrag gestellt werden. Dieser kann sowohl beim Arbeitsmarktservice, als auch bei der Sozialabteilung der Bezirkshauptmannschaft bzw. dem Magistrat eingebracht werden. Die Behörde ist zu einer schriftlichen Erledigung des Antrags in Form eines Bescheides verpflichtet. Gegen diesen kann bei



der Landesregierung berufen werden. Sollten Sie nicht automatisch einen schriftlichen Bescheid erhalten, dann können Sie diesen verlangen, denn nur so können Sie eine Berufung machen.

Die Höhe der BMS orientiert sich am Ausgleichszulagenrichtsatz der PVA und inkludiert Leistungen zur Sicherung des Lebens- und Wohnbedarfs. Bei der Ermittlung der Leistungshöhe werden eigene Einkünfte sowie jene des im Haushalt lebenden Partners (Ehepartner bzw. Lebensgefährte) und Mietverpflichtungen berücksichtigt*

Als besonderer Vorteile für Menschen mit psychischen Erkrankungen sei zu erwähnen, dass in den meisten Bundesländern die Erhöhte Familienbeihilfe und das Pflegegeld nicht als Einkommen gezählt werden und somit zur BMS dazu geschlagen werden, und dass der Bezug der BMS ein Studium zu „therapeutischen Zwecken“ nicht mehr ausschließt.



**monatliche Richtsätze 2012:*
Alleinstehende und Alleinerzieher
(inkl. Wohnkostenanteil € 773,26
in Haushaltsgemeinschaft
lebende Ehegatte/Partner.....€ 1.159,90
für jedes Kind.....€ 139,19,
ab dem 4. Kind € 115,99


 **Sozialtelefon des Sozialministeriums,**
T 0800-201611, werktags zwischen 9 und 16 Uhr
 **http://www.bmask.gv.at/site/_Soziales/Bedarfsorientierte_Mindestsicherung/**

WENN DAS EINKOMMEN UNTER BESTIMMTEN RICHTSÄTZEN LIEGT AUSGLEICHSZULAGE (AZ)

Wenn die Summe der Pension, einem sonstigen Nettoeinkommen und allfälligen Unterhaltsansprüchen unter den Ausgleichszulagenrichtsätzen* des ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) liegt, kann bei der zuständigen PVA die AZ beantragt werden.

Das Nettoeinkommen des im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehepartners wird mitberücksichtigt. Die PVA beruft sich in den letzten Jahren vermehrt auf die

gesetzliche Beistandspflicht laut ABGB, wonach es eine wechselseitige Sorgerecht Eltern/Kinder gibt, und bringt die AZ nicht zur Auszahlung, wenn das Einkommen der Eltern bzw. Kinder über dem allgemeinen Durchschnitt liegt.

** Ausgleichszulagenrichtsätze brutto 2012:*
Alleinstehende: € 814,82 (netto € 773,26)
Ehepaare:.....€ 1.221,68 (netto 1.159,90)
Halbwaise bis 24. Lj.:..... € 299,70
Vollwaise bis 24. Lj.:..... € 450,00
Halbwaisen ab 24. Lj.: € 532,56
Vollwaisen ab 24. Lj.: € 814,82
 **www.pensionsversicherung.at**

REZEPTGEBÜHRENBEFREIUNG

Automatisch ohne Antragstellung sind folgende Personengruppen befreit:

Pensionisten mit Anspruch auf Ausgleichszulage
• Patienten mit einer anzeigepflichtigen, übertragbaren Krankheit

Mit einem Antrag bei der Krankenkasse können eine Befreiung erwirken:



- Personen, deren monatliche Netto-Einkünfte die Ausgleichszulagenrichtsätze nicht übersteigen
- Personen, die infolge von Leidern und Gebrechen überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen (dazu gehören psychisch kranke Menschen), sofern die monatlichen Netto-Einkünfte € 937,04 (Alleinstehende) oder € 1.404,93 (Ehepaare) nicht übersteigen (2012).

Personen, die von der Rezeptgebühr befreit sind, sind auch von der Ambulanzgebühr und den Selbstbehalten in Krankenhäusern und Tageskliniken befreit.

 www.sozialversicherung.at

BEFREIUNG VON RUNDFUNKGEBÜHR UND ZUSCHUSS ZUM FERNSPRECHENTGELT

Mit den bei den Postämtern erhältlichen Formularen kann der Antrag auf Befreiung von der Rundfunkgebühr von folgenden Personengruppen beim Gebühren Info Service (GIS) gestellt werden, wenn das Haushalt Nettoeinkommen die jeweils festgesetzten Befreiungsrichtsätze* nicht überschreitet:

- Bezieher von Pflegegeld
- Pensionsbezieher

- Bezieher von Leistungen nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz
- Studienbeihilfebezieher
- Bezieher einer Leistung aus der Sozialhilfe

Ein positiver Bescheid gilt als Gutschein für die Zuschussleistung zum Fernsprechentgelt, der im Original an den zuständigen Telefonanbieter weitergeleitet werden muss. Pflegegeldbezieher müssen zum Antrag auf Zuschuss zum Fernsprechentgelt keinen Einkommensnachweis erbringen.

* 2012

1 Person	912,60
2 Personen	1.368,28
3 Personen	1.509,09
4 Personen	1.649,90
5 Personen	1.790,71
6 Personen	1.931,52
7 Personen	2072,33
8 Personen	2213,14
9 Personen	2353,95
jede weitere Person ...	140,81

 www.orf-gis.at



WENN JEMAND DEN ALLTAG NICHT ALLEINE BEWÄLTIGEN KANN PFLEGE GELD (PG)

Das PG ist ein pauschalierter Beitrag zur Abgeltung pflegebedingten Mehraufwandes, um pflegebedürftigen Personen die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern, sowie ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu ermöglichen. Das PG in seiner ursprünglichen Form war nur für körperliche Behinderungen gedacht. Mittlerweile sind aber auch geistig behinderte und schwer psychisch kranke Menschen, die aufgrund einer Chronifizierung ihrer Erkrankung einen Pflegebedarf haben, berücksichtigt.

Anspruch auf PG besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder Sinnesbehinderung ein Pflegebedarf von mehr als 60 Stunden/Monat (Pflegestufe 1) für mindestens 6 Monate durchgehend besteht. Das PG wird unabhängig von Vermögen und Einkommen ausgezahlt und ist für den pflegerischen Mehraufwand – egal ob zu Hause oder in einer Institution – zu verwenden. Dieser Pflegebedarf wird von einem Gutachter der PVA bzw. einem Amtsarzt festgestellt.

Der Antrag auf PG ist von der betroffenen Person oder einem von ihr beauftragten Vertreter an:

1. die PVA zu stellen, wenn der Pflegebedürftige eine Leistung von dort erhält.
2. die Sozialabteilung der zuständigen Bezirkshauptmannschaft bzw. des Magistrats zu stellen, wenn jemand kein Einkommen hat, Sozialhilfe bezieht oder eine Leistung vom AMS bezieht.

Das PG wird in 7 Stufen je nach erforderlichem Pflegebedarf gewährt. Für eine höhere Einstufung ist ein Antrag erforderlich. Für Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung werden in der Regel die 1. oder die 2. Stufe* des PG zugesprochen.

Eine für schwer psychisch behinderte Personen relevante Neuerung stellt der Erschwerniszuschlag von einem Pauschalwert von 25 Stunden/Monat dar, der den Mehraufwand bei pflegeschweren Faktoren wie Störungen des Denkens, emotionaler Kontrolle, Antriebs und der sozialen Funktionen abdecken soll.

PG wird während einer stationären Krankenhausbehandlung und eines Rehabilitations- und Kuraufenthalts nicht



ausbezahlt. Befindet sich die pflegebedürftige Person in stationärer Pflege auf Kosten bzw. unter Kostenbeteiligung von Land, Gemeinde und Sozialhilfeträger so muss ihr ein Taschengeld in der Höhe von 10 % des Pflegegeldes der Stufe 3 bleiben.

* 2012:

Pflegestufe 1.....€ 154,20

Pflegestufe 2.....€ 284,30

Pflegestufe 3:€ 442,90

 www.bmsk.gv.at

WENN JEMAND NUR MEHR EINGESCHRÄNKT GESCHÄFTSFÄHIG IST:

VOLLMACHT (VM):

Familienmitglieder oder Freunde können sich vom Erkrankten mit einer VM ausstatten lassen, um Behördenwege für ihn zu erledigen.

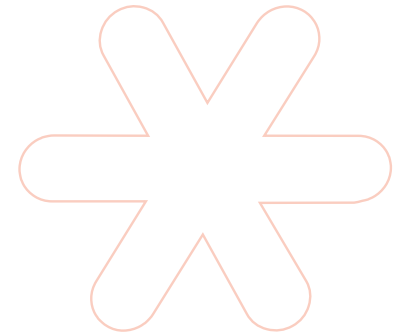
Der Bevollmächtigte benötigt eine schriftliche, auf Namen lautende VM. Neben Namen und Unterschrift des VMGeber und dem Namen des Bevollmächtigten sollte das Ausstellungsdatum angeführt werden. Es ist ratsam, keine GeneralVM (für alle Angelegenheiten) auszustellen, sondern eine SpezialVM, welche die

Befugnis des Bevollmächtigten auf bestimmte, einzelne Aufgabenbereiche (z.B. Vertretung beim Sozialamt) beschränkt.

SACHWALTERSCHAFT (SW):

Die gesetzliche Vertretung von psychisch Kranken und geistig behinderten Erwachsenen ist seit 1984 im Rahmen der SW geregelt. Die Einleitung einer SW bedeutet eine beträchtliche Einschränkung der Rechte der betroffenen Person und ist grundsätzlich nachrangig, d.h. anderen Möglichkeiten der Unterstützung (z.B. durch Familienmitglieder, soziale Einrichtungen, Vollmacht) müssen ausgeschöpft werden.

Bei einer SW handelt es sich nicht wie oft in der Allgemeinbevölkerung angenommen um eine „Entmündigung“, sondern um die Einschränkung der Geschäftsfähigkeit einer psychisch kranken oder geistig behinderten erwachsenen Person, wenn diese nicht mehr fähig ist, ihre Geschäfte ohne Nachteil für sich wahrzunehmen. Der Wirkungsbereich der SW ist je nach Ausmaß der Behinderung unterschiedlich, kann auf die Besorgung einzelner oder eines Kreises von Angelegenheiten beschränkt sein (z.B. Abschluss eines Vertrages,



Vermögensverwaltung), aber auch alle Angelegenheit betreffen. Unternimmt die behinderte Person Rechtsgeschäfte in diesem Wirkungsbereich, so sind diese ohne Zustimmung des Sachwalters unwirksam.

Das SW-Verfahren kann vom Bezirksgericht oder der Betroffenen Person selbst eingeleitet werden. Dritte Personen wie Angehörige, Krankenhäuser etc. können die Bestellung eines SW beim zuständigen Bezirksgericht anregen. Nach einer richterlichen Prüfung und einer medizinischen Begutachtung wird, sollte die Notwendigkeit bestehen, ein SW auf unbestimmte Zeit eingesetzt. Das Gericht hat regelmäßig zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die SW auch weiterhin gegeben sind.

Das SWrechts-Änderungsgesetz 2007 zeigt Alternativen zur SW wie die Vorsorgevollmacht oder die Vertretungsbefugnis naher Angehöriger auf. Mit einer Vorsorgevollmacht kann eine Person schon im Voraus festlegen, wer im Falle des Verlustes ihrer Geschäftsfähigkeit als Bevollmächtigter für sie welche Angelegenheiten erledigen darf. Bei der Angehörigenvertretung wird vereinbart, welche nahen Angehörigen

die betroffene Person vor allem in Rechtsgeschäften des täglichen Lebens und bei der Geltendmachung von Ansprüchen vertreten können.

Ein Clearing an den Bezirksgerichten durch geschultes Personal vom „Vertretungsnetz“ (vormals Verein für Sachwalterschaft) soll helfen, schon im Vorfeld zu klären, ob eine SW tatsächlich das einzige Mittel der Wahl ist. Wenn Angehörige die Anregung einer SW überlegen, ist ebenfalls eine Beratung bei den besonders engagierten Mitarbeitern des „Vertretungsnetz“ anzuraten,

 www.vsp.at