**Vereinbarung (Abtretungserklärung)**

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in einer Geschlechtsform angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer, Frauen und Personen alternativer Geschlechtsidentität in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen ist die jeweils geschlechtsspezifische Form anzuwenden.

**abgeschlossen zwischen dem gesetzlichen Vertreter (z.B. Eltern, Elternteil) des Kindes für welches eine Schulassistenz beantragt wird**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Vorname / Nachname)

wohnhaft in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(PLZ / Ort)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Straße / Hausnummer / Stiege / Tür)

**und** der **Pflegeservice Burgenland GmbH** als Dienstgeber der Schulassistenz **(weiter als Dienstgeber)**.

1. Der Dienstgeber stellt für die pflegerische Unterstützung bzw. medizinische Betreuung entsprechend der Richtlinien zur Förderung der Burgenländischen Schulassistenz, eine Schulassistenz in der Schule

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Name / PLZ / Ort)

für das Kind \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Vorname / Nachname)

zur Verfügung.

Im Zuge der gegenständlichen Unterstützung bzw. Betreuung des oben angeführten Kindes sind **medizinische** Tätigkeiten erforderlich: O ja O nein

Wenn ja, genauere Angaben zur medizinischen Tätigkeit:

O Verabreichung von Medikamenten

O Insulinmessung und -verabreichung

O Absaugen

O Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Falls das Kind zu einem späteren Zeitpunkt einer medizinischen Betreuung durch die Schulassistenz bedarf oder sich diese erweitern sollte, ist das Amt der Burgenländischen Landesregierung, Abteilung 6 – Referat Soziales (weiter als **Land**) umgehend schriftlich darüber zu informieren. Etwaige Unterlagen sind beizulegen.

1. Der gesetzliche Vertreter erhält vom Land für das oben genannte Kind gemäß § 9 der Richtlinien zur Förderung der Burgenländischen Schulassistenz, als Förderung die Übernahme der Gehalts- sowie Overheadkosten für die Schulassistenz.

3.) Der gesetzliche Vertreter tritt die vom Land zugesprochene Förderung an den Diengsgeber der Schulassistenz ab und erteilt seine Zustimmung zur Direktverrechnung zwischen Land und dem Dienstgeber.

4.) Der Dienstgeber nimmt diese Abtretung an. Darüber hinaus bestehen in Bezug auf die von der Schulassistenz umfassten Maßnahmen keine Ansprüche gegen die Eltern des Kindes.

5.) Diese Vereinbarung (Abtretungserklärung) gilt bis auf Widerruf, längstens jedoch bis zum Ausscheiden des Kindes aus der Schule bzw. Einstellung der Leistung oder etwaigen gesetzlichen Änderungen. Ein etwaiger Widerruf hat schriftlich zu erfolgen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift gesetzlicher Vertreter Unterschrift Dienstgeber

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Ort,Datum