

Amtsgericht _____ **Betreuer/in:** _____

Az: _____ **Betreuungsverfahren für:** _____

Antrag auf **Bewilligung** **Festsetzung**

von Vergütung und Aufwendungsersatz nach dem Gesetz über die Vergütung von Vormündern und Betreuern vom 4. Mai 2021 für Leistungen ab dem 1. Januar 2024 nach Vergütungstabelle B B i. V. m. dem Betreuer-Inflationsausgleichs-Sonderzahlungsgesetz

für den Zeitraum vom _____ bis _____
 gegen die Staatskasse d. Betreute/n

Der/Die Betreuer/in/Verein wurde mit Beschluss vom _____ mit Wirkung vom _____ als bestellt.

Einzelauflistung:

Vergütungstabelle B		(abgeschlossene Lehre oder vergleichbare Ausbildung)				
			Gewöhnlicher Aufenthaltsort		Vermögensstatus	monatliche Pauschale
1. <input type="checkbox"/>	In den ersten drei Monaten	<input type="checkbox"/>	stationäre Einrichtung oder gleichgestellte ambulant betreute Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 241,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 249,00 EUR
		<input type="checkbox"/>	andere Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 258,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 370,00 EUR
2. <input type="checkbox"/>	Im vierten bis sechsten Monat	<input type="checkbox"/>	stationäre Einrichtung oder gleichgestellte ambulant betreute Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 158,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 196,00 EUR
		<input type="checkbox"/>	andere Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 211,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 258,00 EUR
3. <input type="checkbox"/>	Im siebten bis zwölften Monat	<input type="checkbox"/>	stationäre Einrichtung oder gleichgestellte ambulant betreute Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 154,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 174,00 EUR
		<input type="checkbox"/>	andere Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 188,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 238,00 EUR
4. <input type="checkbox"/>	Im 13. bis 24. Monat	<input type="checkbox"/>	stationäre Einrichtung oder gleichgestellte ambulant betreute Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 107,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 113,00 EUR
		<input type="checkbox"/>	andere Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 151,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 196,00 EUR
5. <input type="checkbox"/>	Ab dem 25. Monat	<input type="checkbox"/>	stationäre Einrichtung oder gleichgestellte ambulant betreute Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 78,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 96,00 EUR
		<input type="checkbox"/>	andere Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 130,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 161,00 EUR

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Ich beantrage die Bewilligung Festsetzung einer Vergütung und Aufwendungsersatz nach

- Nummer 1. für die Zeit vom _____ bis _____ in Höhe von _____ EUR
- Nummer 2. für die Zeit vom _____ bis _____ in Höhe von _____ EUR
- Nummer 3. für die Zeit vom _____ bis _____ in Höhe von _____ EUR
- Nummer 4. für die Zeit vom _____ bis _____ in Höhe von _____ EUR
- Nummer 5. für die Zeit vom _____ bis _____ in Höhe von _____ EUR

zuzüglich

- monatliche Pauschale zu 30 EUR weil:
 - Geldvermögen mind. 150.000 EUR Betrag Pauschale gesamt: _____ EUR
 - nicht genutzter Wohnraum _____ EUR
 - Erwerbsgeschäft _____ EUR
- Pauschale zu 200 EUR Wechsel zu Berufsbetreuer
- 1,5-fache Fallpauschale Wechsel vom Berufsbetreuer Betrag: _____ EUR
- Inflationsausgleichs-Sonderzahlung vom _____ bis _____ EUR
anteilig vom _____ bis _____ EUR

in Höhe eines **Gesamtbetrages** von: _____ EUR

Darin enthalten sind _____ % Umsatzsteuer in Höhe von _____ EUR

Die Leistung ergeht umsatzsteuerfrei.

Steuernummer: _____

Bankverbindung: _____

Rechnungsnummer: _____

Ich beantrage die Festsetzung der Vergütung auch für zukünftige Zeiträume gemäß § 292 Absatz 2 FamFGV i. V. m. § 15 Absatz 2 VBVG (Dauervergütungsantrag) bzgl. Nummer _____ für die Zeit vom _____ bis zum _____ sowie die Inflationsausgleichs-Sonderzahlung nach BetrInASG.

Eine Übersicht über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse füge ich bei.

Datum

Unterschrift