

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 C C 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 C		(Hochschulabschluss 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"/> 317,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 327,00 EUR
		<input type="checkbox"/>	andere Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 339,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 486,00 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"/> 208,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 257,00 EUR
		<input type="checkbox"/>	andere Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 277,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 339,00 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"/> 202,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 229,00 EUR
		<input type="checkbox"/>	andere Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 246,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 312,00 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"/> 141,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 149,00 EUR
		<input type="checkbox"/>	andere Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 198,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 257,00 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"/> 102,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 127,00 EUR
		<input type="checkbox"/>	andere Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 171,00 EUR
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 211,00 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:
 nicht genutzter Wohnraum _____ EUR
 Erwerbsgeschäft _____

Pauschale zu 200 EUR Wechsel zu Berufsbetreuer Betrag: _____ EUR

1,5-fache Fallpauschale Wechsel vom Berufsbetreuer _____ 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 die zukünftige Zeiträume gemäß § 292 Absatz 2 FamFG 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