

An die

Bezirksverwaltungsbehörde

Eingangsstempel

Behindertenhilfe – Antrag

Menschen mit Behinderung sollen unterstützt werden, damit sie an der Gesellschaft in gleicher Weise wie nicht behinderte Menschen teilhaben und ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen können.

Bitte beachten Sie: * Angabe erforderlich i Information zum Ausfüllen ☒ Zutreffendes ankreuzen

Angestrebte Hilfeleistung

<input type="checkbox"/> Heilbehandlung	<input type="checkbox"/> Versorgung mit Körperersatzstücken, orthopäd. Behelfen, andere Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Erziehung und Schulbildung (Frühförderung)	<input type="checkbox"/> Berufliche Eingliederung
<input type="checkbox"/> Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> Lohnkostenzuschuss	<input type="checkbox"/> Berufliche Eingliederung betriebliche Arbeit	<input type="checkbox"/> Beschäftigung in Tageseinrichtungen
<input type="checkbox"/> Wohnen in Einrichtungen	<input type="checkbox"/> Übernahme der Entgelte in Pflegeheimen	<input type="checkbox"/> Mietzinsbeihilfe	<input type="checkbox"/> Hilfe zum Wohnen
<input type="checkbox"/> Entlastung der Familie und Gestaltung der Freizeit	<input type="checkbox"/> Übernahme der Fahrtkosten	<input type="checkbox"/> Zuschuss zu den Fahrtkosten zur Erreichung des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/> Zuschuss für behinderten-gerechte Ausstattung von Kfz
<input type="checkbox"/> Zuschuss für notwendige bauliche Änderungen der Wohnung	<input type="checkbox"/> Härtefall		
Genaue Bezeichnung der beantragten Hilfe <input style="width: 100%;" type="text"/>			

Daten zum Menschen mit Behinderung

Familienname *	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Vorname *	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Geburtsdatum * (tt.mm.jjjj)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Staatsbürgerschaft *	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Sonstige	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Familienstand *	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Niederlassungs- bewilligung bis	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Adresse und Kontakte

Straße *	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Hausnummer/Tür *	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Postleitzahl *	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Ort *	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Telefon *	<input style="width: 100%;" type="text"/>	E-Mail	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Bankverbindung

Empfänger *	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Kontonummer *	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Bankleitzahl *	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Bankinstitut *	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Vorheriger Aufenthalt **i**

von *	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	in	<input type="text"/>
von *	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	in	<input type="text"/>

i Nur auszufüllen, wenn der Antragsteller nicht österreichischer Staatsbürger ist.

Schulbildung/Berufsausbildung/Dienstverhältnisse

<input type="text"/>

Leistungen von anderen Sozialhilfeträgern

Leistungen *	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Zeitraum	<input type="text"/>
Bezirkshauptmannschaft / Magistrat *	<input type="text"/>		Leistung	<input type="text"/>

Einkommen

Selbstständig *	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einkommen monatlich netto i	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Arbeitgeber i	<input type="text"/>	

i Einkommen aus z.B. Pension, Unterhalt etc.

i Arbeitgeber: nur auszufüllen, wenn der Antragsteller nicht selbstständig beschäftigt ist

Familienbeihilfe

Familienbeihilfe *	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Erhöhungsbeitrag	<input type="text"/>
--------------------	-------------------------------	-----------------------------	------------------	----------------------

Pflegegeldbezug des Menschen mit Behinderung

Pflegegeld *	<input type="checkbox"/> Bundespflegegeld	Stufe	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Kein Bezug		

Anerkennung nach dem Behinderteneinstellgesetz

Anerkennung *	<input type="checkbox"/> nein	i <input type="checkbox"/> ja
---------------	-------------------------------	--------------------------------------

i Bescheid vom Bundessozialamt (in Kopie) beilegen

Versicherung des Menschen mit Behinderung

Krankenversicherungsträger *	<input type="text"/>	Sozialversicherungsnummer *	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> hauptversichert	<input type="checkbox"/> mitversichert	mitversichert bei <input type="text"/>

Gesetzlicher Vertreter (auch Sachwalter) bzw. Bevollmächtigter

Familienname *	<input type="text"/>	Geburtsdatum *	<input type="text"/>
Vorname *	<input type="text"/>	Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Ist derzeit ein Verfahren betreffend Bestellung eines Sachwalters anhängig? *

*

nein

ja

Adresse und Kontakte

Straße *	_____	Hausnummer/Tür *	_____
Postleitzahl *	_____	Ort *	_____
Telefon *	_____	E-Mail	_____

Haushaltsangehörige ⁱ

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Einkommen monatlich netto
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

ⁱ Personen, die im gemeinsamen Haushalt (Ehegatte/in, Lebensgefährte/in, Eltern, Kinder, Geschwister, Sonst.) leben.

Erklärung

Die Unterzeichnerin bzw. der Unterzeichner bestätigt hiermit, ausdrücklich auf folgende Tatsachen hingewiesen worden zu sein:

- * Wissenlich falsche Angaben und absichtliches Verschweigen von Einkommen jeder Art und Tatsachen werden strafrechtlich verfolgt.
- * Betreffend Lebensunterhalt, Wohnen mit Mietzinshilfe und einer beitragspflichtigen Leistung ist jede Änderung von Einkommens- oder Familienverhältnissen unaufgefordert der Bezirksverwaltungsbehörde schriftlich mitzuteilen. **Die Änderung des Hauptwohnsitzes ist unverzüglich mitzuteilen.**
- * Der behinderte Mensch bzw. die gesetzlich unterhaltspflichtigen Angehörigen (Erben des Menschen mit Behinderung) können ab Beginn stationärer und bestimmter mobiler Maßnahmen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zur Leistung eines Kostenbeitrages bzw. Selbstbehaltes herangezogen werden.
- * Ich stimme hiermit der automationsunterstützten Verarbeitung meiner Daten und dem automationsunterstützten Datenverkehr im Sinne der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl I Nr. 165/1999 idgF zu.

Ort, Datum, Unterschrift

- des Menschen mit Behinderung
- des gesetzlichen Vertreters (auch Sachwalter)
- Bevollmächtigte/r
- des vertretungsbefugten nahen Angehörigen

Beilagen

Bezeichnung der Beilage	keine Beilage	wird nachgereicht	beiliegend
Rechnung/Kostenvoranschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztliche Gutachten, Befunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verordnungsschein für Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verordnungsschein und Kostenvoranschlag für Heilbehelf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkommensnachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufenthaltstitel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bescheid über Anerkennung beim Bundessozialamt (Feststellung der Zugehörigkeit zum Kreis der begünstigten Behinderten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behindertenausweis vom Bundessozialamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschluss über Sachwalterschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktueller Pflegegeldbescheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweis über die Höhe der Familienbeihilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ggf. Nachweis über die Vertretungsbefugnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Beilage: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Beilage: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Beilage: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzende Angaben * der Gemeinde	
--------------------------------------	--

Ort, Datum, Unterfertigung der Gemeinde	
---	--