

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, anderen Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/> Erziehung und Schulbildung (Frühförderung)	<input type="checkbox"/> Teilhabe an Beschäftigung in der Arbeitswelt
<input type="checkbox"/> Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> Tageseinrichtungen	<input type="checkbox"/> Wohneinrichtungen	<input type="checkbox"/> Übernahme der Entgelte in Pflegeheimen
<input type="checkbox"/> Mietzinsbeihilfe	<input type="checkbox"/> Hilfe zum Wohnen	<input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/> Familienentlastung
<input type="checkbox"/> Zuschuss für behindertengerechte Ausstattung von Kfz	<input type="checkbox"/> Zuschuss für notwendige bauliche Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Reisekosten aufgrund einer Ladung durch die Behörde	<input type="checkbox"/> Härtefall
<input type="checkbox"/> Übernahme der Fahrtkosten			
Genauere Bezeichnung der beantragten Hilfe			

Daten zum Menschen mit Behinderung

Familienname *	<input type="text"/>	Vorname *	<input type="text"/>
Geburtsdatum * (tt.mm.jjjj)	<input type="text"/>	Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Staatsbürgerschaft *	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="text"/>	
Familienstand *	<input type="text"/>	Niederlassungsbewilligung bis	<input type="text"/>

Adresse und Kontakte

Straße *	<input type="text"/>	Hausnummer/Tür *	<input type="text"/>
Postleitzahl *	<input type="text"/>	Ort *	<input type="text"/>
Telefon *	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Bankverbindung

Kontoinhaber/in *	<input type="text"/>		
IBAN *	<input type="text"/>	BIC	<input 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/die Antragsteller/in nicht österreichische/r Staatsbürger/in 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/in	i <input type="text"/>	

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

i Arbeitgeber/in: nur auszufüllen, wenn der/die Antragsteller/in 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"/>

Gesetzliche/r Vertreter/in (auch Sachwalter/in) bzw. Bevollmächtigte/r

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/einer Sachwalterin 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 leben (Ehegatte/in, Lebensgefährte/in, Eltern, Kinder, Geschwister, Sonst.).

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 bzw. der gesetzlichen Vertreterin (auch Sachwalter/in)
- 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	
---	--