

Dieser Antrag ist beim

Wohnsitzgemeindeamt _____

Magistrat der Stadt _____ einzureichen

Es wird darauf hingewiesen, dass nur vollständig ausgefüllte Anträge unter Anschluss der entsprechenden Beilagen bearbeitet werden!



**LAND
OBERÖSTERREICH**

Eingangsstempel des
Gemeindeamtes/Magistrates

ANTRAG AUF GEWÄHRUNG EINER HILFE nach dem Oö. Behindertengesetz 1991, LGBl. Nr. 63/1997

Name des Menschen mit Behinderung

Name	Familienname _____	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
	Vorname _____	Geb.-Datum _____	

Maßnahmen der Eingliederungshilfe

Hilfe durch Heilbehandlung in Form von		
in/im		
Hilfe zur Frühförderung, Erziehung und Schulbildung in Form von		
in/im		
Hilfe zur beruflichen Eingliederung in/im		
Hilfe durch geschützte Arbeit in/im		
Hilfe durch Beschäftigung in/im		
Art der Hilfeleistung (ausgenommen bei Heilbehelfen und anderen Hilfsmitteln)	<input type="checkbox"/> intern in/im _____ <input type="checkbox"/> extern/ambulant <input type="checkbox"/> mobil	
voraussichtlicher Aufnahmetag		

Hilfe durch Übernahme der Fahrtkosten

(ausgenommen bei Hilfe durch geschützte Arbeit und interner Unterbringung die durchgehend zur Verfügung steht)

Abfahrts- und Ankunftsort	
organisierter Behinderten-transport (Unternehmen, Adresse)	
öffentliches Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> Bahn <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Wochenkarte <input type="checkbox"/> Monatskarte <input type="checkbox"/> Jahreskarte <input type="checkbox"/> Kilometerbank
Privat-PKW, hin und zurück in km	

Beihilfe

Beihilfe (Selbstversicherung, etc.) während der Dauer von Maßnahmen der Eingliederungshilfe (ausgenommen für Hilfe durch Versorgung mit Heilbehelfen und anderen Hilfsmitteln sowie für Hilfe durch geschützte Arbeit) in Form von

Hilfe durch Pflege und Betreuung

Hilfe durch ambulante und mobile Pflege und Betreuung durch _____

Hilfe durch Unterbringung in Einrichtungen für Pflege und Betreuung in/im _____

Art der Behinderung/Diagnose:

Angaben zum Menschen mit Behinderung

Name	Familienname _____ Vorname _____	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Adresse	PLZ _____	Ort _____
	Straße _____	Nummer _____
	Telefonnummer (tagsüber) _____	Fax _____
	E-Mail _____	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft	
Staatsbürgerschaft 	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> sonstige _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____ <input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____	

Aufenthalt in den letzten zwei Jahren

von _____ bis _____ in _____
von _____ bis _____ in _____
von _____ bis _____ in _____

Bisherige Schulbildung

Bisherige Berufsausbildung und -laufbahn

Sachwalter / Obsorgeberechtigter

Sachwalterbestellungsbeschluss (in Kopie) beilegen

Name	Familienname _____ Vorname _____	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Adresse	PLZ _____	Ort _____
	Straße _____	Nummer _____
	Telefonnummer (tagsüber) _____	Fax _____
	E-Mail _____	
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> sonstige _____	
Verwandtschaftsverhältnis		

Versicherung des Menschen mit Behinderung

Krankenversicherungsträger _____ Soz. Vers.-Nr. _____
<input type="checkbox"/> hauptversichert
<input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name) _____
Verwandtschaftsverhältnis zum Menschen mit Behinderung _____

Pflegegeldbezug des Menschen mit Behinderung

Landespflegegeld Bundespflegegeld beantragt am _____ kein Bezug
 Stufe _____ Betrag _____ Euro Bezug seit _____
 auszahlende Stelle/Antrag gestellt bei _____

Wurde die Gewährung einer der nachstehenden Leistungen beantragt?

Invaliditätspension Berufsunfähigkeitspension bei _____ am _____
 Waisenpension Witwen-/Witwerpension bei _____ am _____
 nein

Bestehen Ansprüche aus einer Haftpflichtversicherung?

(Behinderung aufgrund eines Unfalles mit Fremdverschulden)

ja, gegen welche Versicherungsanstalt _____
 nein

Bestehen Ansprüche nach dem Impfschadengesetz?

ja nein

Besteht Anspruch auf Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften?

(z. B. nach dem Behindertengesetz eines anderen Bundeslandes)

ja, welche _____
 nein

Der Mensch mit Behinderung ist sorgepflichtig für

Name	Familienname _____	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
	Vorname _____	Geb.-Datum _____	
Adresse	PLZ _____	Ort _____	
	Straße _____	Nummer _____	
	Telefonnummer (tagsüber) _____	Fax _____	
	E-Mail _____		
Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstiges _____		
Dienstgeber	_____		
Einkommensverhältnisse (Höhe)	_____ Euro		

Name	Familienname _____	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
	Vorname _____	Geb.-Datum _____	
Adresse	PLZ _____	Ort _____	
	Straße _____	Nummer _____	
	Telefonnummer (tagsüber) _____	Fax _____	
	E-Mail _____		
Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstiges _____		
Dienstgeber	_____		
Einkommensverhältnisse (Höhe)	_____ Euro		

Vater

Name	Familienname _____ Vorname _____	Geb.-Datum _____ Soz. Vers. Nr. _____
Adresse	PLZ _____ Straße _____ Telefonnummer (tagsüber) _____ E-Mail _____	Ort _____ Nummer _____ Fax _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft	
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> sonstige _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____ <input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____	
<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Landwirt <input type="checkbox"/> Pensionist <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Dienstgeber		beschäftigt seit
Pensionsversicherung		Pens. Vers. Nr.

Mutter

Name	Familienname _____ Vorname _____	Geb.-Datum _____ Soz. Vers. Nr. _____
Adresse	PLZ _____ Straße _____ Telefonnummer (tagsüber) _____ E-Mail _____	Ort _____ Nummer _____ Fax _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft	
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> sonstige _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____ <input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____	
<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiterin <input type="checkbox"/> Beamtin <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Landwirtin <input type="checkbox"/> Pensionistin <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Dienstgeber		beschäftigt seit
Pensionsversicherung		Pens. Vers. Nr.

Stiefvater/Pflegevater

Name	Familienname _____ Vorname _____	Geb.-Datum _____ Soz. Vers. Nr. _____
Adresse	PLZ _____ Straße _____ Telefonnummer (tagsüber) _____ E-Mail _____	Ort _____ Nummer _____ Fax _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft	
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> sonstige _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____ <input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____	
<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Landwirt <input type="checkbox"/> Pensionist <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Dienstgeber		beschäftigt seit
Pensionsversicherung		Pens. Vers. Nr.

Stiefmutter/Pflegemutter

Name	Familienname _____ Vormame _____	Geb.-Datum _____ Soz. Vers. Nr. _____
Adresse	PLZ _____ Straße _____ Telefonnummer (tagsüber) _____ E-Mail _____	Ort _____ Nummer _____ Fax _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft	
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> sonstige _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____ <input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____	
<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiterin <input type="checkbox"/> Beamtin <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Landwirtin <input type="checkbox"/> Pensionistin <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Dienstgeber		beschäftigt seit
Pensionsversicherung		Pens. Vers. Nr.

Bezug der Familienbeihilfe

für folgende Kinder	Erhöhungsbetrag für erheblich behinderte Kinder
Zu- und Vorname _____ geb. am _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zu- und Vorname _____ geb. am _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zu- und Vorname _____ geb. am _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zu- und Vorname _____ geb. am _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Um den Erhöhungsbetrag für erheblich behinderte Kinder für _____	
wurde am _____ beim Finanzamt _____ angesucht.	

Anspruchsberechtigte/r der Familienbeihilfe

Name	Familienname _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
	Vorname _____	Soz. Vers. Nr. _____
Adresse	PLZ _____	Ort _____
	Straße _____	Nummer _____
	Telefonnummer (tagsüber) _____	Fax _____
	E-Mail _____	
Verwandtschaftsverhältnis zum Menschen mit Behinderung		

Der Unterzeichner bestätigt hiemit, ausdrücklich auf folgende Tatsachen hingewiesen worden zu sein

Wissentlich falsche Angaben oder das Verschweigen von Einkünften aller Art und von anderen Tatsachen werden strafrechtlich verfolgt.

Jede Änderung von Einkommens- oder Familienverhältnissen muss unaufgefordert der Bezirkshauptmannschaft (Magistrat) bzw. dem Amt der Oö. Landesregierung, Sozialabteilung, schriftlich mitgeteilt werden.

Der Mensch mit Behinderung bzw. die gesetzlich unterhaltspflichtigen Angehörigen werden ab Beginn der beantragten Maßnahme im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zur Leistung eines Kostenbeitrages herangezogen.

Ich stimme hiermit der automationsunterstützten Verarbeitung meiner Daten und dem automationsunterstützten Datenverkehr im Sinne der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl. Nr. 165/1999 zu.

_____, am _____
Ort Datum

Unterschrift

- des Menschen mit Behinderung
- des gesetzlichen Vertreters
- des Sachwalters/Obsorgeberechtigten

Folgende Nachweise sind (entsprechend der beantragten Maßnahme) diesem Antrag unbedingt anzuschließen 

- Ärztliche Gutachten, Befunde
- Notwendigkeitsbescheinigung für Therapie (Verordnungsschein) / mobile Frühförderung *)
- Verordnungsschein und Kostenvoranschlag für Heilbehelf
- Heilpädagogisches Gutachten der mobilen Sonderkindergärtnerin (Beratungsbogen) *)
- Berufsberatungsgutachten des AMS *)
- Sachwalterbestellungsbeschluss (in Kopie)
- Bezugsbestätigung für Familienbeihilfe
- Nachweis über Bezug des Bundes-Pflegegeldes (Bescheid)
- Nachsichtsansuchen
Einkommensnachweise (in Kopie)
Niederlassungsbewilligung (in Kopie)
Beschäftigungsbewilligung (in Kopie)
- Nachweise des Familieneinkommens (nur bei Heilbehelfen und Beihilfe zum Aufwand für die erforderliche Bekleidung)
- Erhebungsbögen (bei interner Unterbringung)
- _____
- _____
- _____

In Einzelfällen steht es im Ermessen der entscheidenden Behörde, noch weitere Unterlagen anzufordern.

Die Gemeinde / der Magistrat bestätigt

die Richtigkeit der Angaben zu den persönlichen Daten;

die Richtigkeit der Angaben zu den Vermögens- und Einkommensverhältnissen sowie der sonstigen bezogenen Leistungen des Menschen mit Behinderung und der Unterhaltspflichtigen.

Zum Antrag werden von der Gemeinde / dem Magistrat folgende ergänzende bzw. richtigstellende Angaben gemacht

_____, am _____
Ort Datum Unterschrift und Stempel

Weiterleitung an die Bezirkshauptmannschaft _____

*) Soweit vorhanden