

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			
Genaue Bezeichnung der beantragten Hilfe			

Daten zum Menschen mit Behinderung

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

Adresse und Kontakte

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

Bankverbindung

Kontoinhaber/in *			
IBAN *		BIC	

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 Bei Anträgen auf **Heilbehandlung, Erziehung und Schulbildung** (Frühförderung), auf **Zuschüsse** für Wohnhaus- und KFZ-Umbauten, sowie **Fahrt- und Reisekostenübernahmen** (bei behördlicher Ladung) ist dieses Feld **nicht auszufüllen**.

Einkommen aus z.B. Pension, Unterhalt etc.

Arbeitgeber/in: nur auszufüllen, wenn der/die Antragsteller/in nicht selbstständig beschäftigt ist.

Familienbeihilfe

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

i Bei Anträgen auf **Heilbehandlung, Erziehung und Schulbildung** (Frühförderung), auf **Zuschüsse** für Wohnhaus- und KFZ-Umbauten, sowie **Fahrt- und Reisekostenübernahmen** (bei behördlicher Ladung) ist dieses Feld **nicht auszufüllen**.

Pflegegeldbezug des Menschen mit Behinderung

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

i Bei Anträgen auf **Heilbehandlung, Erziehung und Schulbildung** (Frühförderung), auf **Zuschüsse** für Wohnhaus- und KFZ-Umbauten, sowie **Fahrt- und Reisekostenübernahmen** (bei behördlicher Ladung) ist dieses Feld **nicht auszufüllen**.

Anerkennung nach dem Behinderteneinstellungsgesetz

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

i Dieses Feld ist nur bei einem Antrag auf Teilhabe an Beschäftigung in der Arbeitswelt auszufüllen. Bitte den Bescheid vom Sozialministeriumservice (in Kopie) beilegen.

Versicherung des Menschen mit Behinderung

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

i Dieses Feld ist nur bei einem Antrag auf Lebensunterhalt auszufüllen.

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

Nachname *		Geburtsdatum *	
Vorname *		Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Ist derzeit ein Verfahren betreffend Bestellung einer Erwachsenenvertretung (vormals Sachwalterschaft) anhängig?		*	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Adresse und Kontakte

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

Haushaltsangehörige i

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Einkommen monatlich netto

i Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben (Ehegatte/in, Eingetragene/r Partner/in, Lebensgefährte/in, Eltern, Kinder, Geschwister, Sonstige).

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 Mietzinsbeihilfe 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.

Datenschutzrechtliche Bestimmungen

- ☐ * Ich nehme zur Kenntnis, dass die von mir bekanntgegebenen Daten und jene Daten, die die Behörde im Zuge des Ermittlungsverfahrens erhält, auf Grund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit den diesem Verfahren zugrundeliegenden Materiengesetzen automationsunterstützt verarbeitet werden und zum Zweck der Abwicklung des von mir eingeleiteten Verfahrens, der Beurteilung des Sachverhalts, der Erteilung der Bewilligung sowie auch zum Zweck der Überprüfung verarbeitet werden.
Ich habe die allgemeinen Informationen
 - zu den mir zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit;
 - zum mir zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichische Datenschutzbehörde;
 - zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragtenauf der Datenschutz-Informationsseite (<https://datenschutz.stmk.gv.at>) gelesen.

Ort, Datum, Unterschrift

- ☐ des Menschen mit Behinderung
- ☐ des/der Erziehungsberechtigten
- ☐ des/der Bevollmächtigten
- ☐ des Erwachsenenvertreters bzw. der Erwachsenenvertreterin (auch Sachwalter/in)

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 Sozialministeriumservice (Feststellung der Zugehörigkeit zum Kreis der begünstigten Behinderten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behindertenausweis vom Sozialministeriumservice (vormals Bundessozialamt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschluss über Erwachsenenvertretung bzw. Sachwalterschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registrierung im Österreichischen Zentralen Vertretungsregister (Auszug/Kopie)	<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"/>