

An die
 Bezirkshauptmannschaft

Referat für Behindertenhilfe

.....

Eingangsstempel der
 Bezirkshauptmannschaft

Antrag auf Hilfeleistung nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz 2004, LGBl. 26/2004

Angestrebte Hilfeleistung:

<input type="checkbox"/> Heilbehandlung, z.B. Therapien	<input type="checkbox"/> Beschäftigung in Tageseinrichtungen
<input type="checkbox"/> Körperersatzstücke, orthopädische Behelfe oder andere Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Wohnen in Einrichtungen
<input type="checkbox"/> Erziehung und Schulbildung, z.B. Frühförder.	<input type="checkbox"/> Übernahme von Entgelten in Pflegeheimen
<input type="checkbox"/> Berufliche Eingliederung, z.B. Ausbildung	<input type="checkbox"/> Wohnen mit Mietzinshilfe
<input type="checkbox"/> Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> Hilfe zum Wohnen
<input type="checkbox"/> Lohnkostenzuschuss	<input type="checkbox"/> Entlastung der Familie und Gestaltung der Freizeit
<input type="checkbox"/> Unterstützte Beschäftigung	<input type="checkbox"/> Übernahme der Fahrtkosten
	<input type="checkbox"/>

Genauere Bezeichnung der beantragten Hilfe:

Wird jedoch im einzuholenden Gutachten eine andere Hilfeleistung vorgeschlagen, so ist vor Entscheidung der Bezirksverwaltungsbehörde keine formelle Antragsänderung erforderlich!

Daten zum Menschen mit Behinderung

Name	Familienname _____ <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. Vorname _____ geb.: _____
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Tel. Nr. _____ 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 _____

Bankverbindung

Kontonummer _____	BLZ _____	Bank _____
-------------------	-----------	------------

Vorheriger Aufenthalt

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

Bisherige Schulbildung

--

Erwerbstätigkeit

Beschäftigt bei Firma _____	mtl. Einkommen _____
=====	
Selbständig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	mtl. Einkommen _____

Leistungen von anderen Sozialhilfeträgern

Behinderten-, Sozialhilfe oder Leistungen der Jugendwohlfahrt wurde in letzter Zeit von anderen Sozialhilfeträgern gewährt:
<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja von Bezirkshauptmannschaft/Magistrat _____
Leistung _____
Zeitraum _____

Pflegegeldbezug des Menschen mit Behinderung

<input type="checkbox"/> Landespflegegeld <input type="checkbox"/> Bundespflegegeld
Stufe _____
<input type="checkbox"/> kein Bezug

Anerkennung nach dem Behinderteneinstellgesetz

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Bescheid vom Bundessozialamt (in Kopie) beilegen
-------------------------------	--

Versicherung des Menschen mit Behinderung

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

Sachwalter

Sachwalterbeschluss (in Kopie) beilegen

Name	Familienname _____ <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.
	Vorname _____ geb.: _____
Adresse	PLZ _____ Ort _____
	Straße _____ Nr. _____
	Tel. Nr. _____
	E-Mail _____

Ist derzeit ein Verfahren betreffend Bestellung eines Sachwalters anhängig? nein ja

Haushaltsangehörige

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

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Verwandschaftsverhältnis	Einkommen netto mtl.

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

Wissentlich falsche Angaben oder absichtliches Verschweigen von Einkommen jeder Art und Tatsachen werden strafrechtlich verfolgt.

Betreffend Lebensunterhalt, Wohnen mit Mietzinshilfe und Übernahme der Fahrtkosten ist jede Änderung von Einkommens- oder Familienverhältnissen unaufgefordert der Bezirkshauptmannschaft schriftlich mitzuteilen.

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

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

Beilagen zum Akt

- Rechnung/Kostenvoranschlag
- Ärztliche Gutachten, Befunde
- Verordnungsschein für Therapie
- Verordnungsschein und Kostenvoranschlag für Heilbehelf
- Einkommensnachweis
- Niederlassungsbewilligung
- Bescheid über Anerkennung beim Bundessozialamt
- Behindertenausweis vom Bundessozialamt
- Beschluss über Sachwalterschaft
- _____
- _____
- _____

Die Gemeinde bestätigt

Die Richtigkeit der Angaben im Antrag.

Zum Antrag werden von der Gemeinde folgende ergänzende Angaben gemacht

_____, am _____ Datum _____ Fertigung der Gemeinde/Stempel