

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 lfd. in_

von _____ bis _____ in _____

von _____ bis _____ in _____

Bisherige Schulbildung

Erwerbstätigkeit

Beschäftigt bei Firma _____

mtl. Einkommen _____

=====

Selbständig nein ja

mtl. Einkommen _____

Leistungen von anderen Sozialhilfeträgern

Behinderten-, Sozialhilfe oder Leistungen der Jugendwohlfahrt wurde in letzter Zeit von anderen Sozialhilfeträgern gewährt:

nein

ja von Bezirkshauptmannschaft/Magistrat _____

Leistung _____

Zeitraum _____

Pflegegeldbezug des Menschen mit Behinderung

Landespflegegeld Bundespflegegeld

Stufe _____

kein Bezug

Anerkennung nach dem Behinderteneinstellgesetz

nein ja

Bescheid vom Bundessozialamt
(in Kopie) beilegen

Versicherung des Menschen mit Behinderung

Krankenversicherungsträger _____ Soz.Vers.-Nr. _____

hauptversichert

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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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 _____ Datum
Ort

Unterschrift
 des Menschen mit Behinderung
 des gesetzlichen Vertreters
 des Sachwalters

Beilagen zum Akt

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Rechnung/Kostenvoranschlag |
| <input type="checkbox"/> Ärztliche Gutachten, Befunde |
| <input type="checkbox"/> Verordnungsschein für Therapie |
| <input type="checkbox"/> Verordnungsschein und Kostenvoranschlag für Heilbehelf |
| <input type="checkbox"/> Einkommensnachweis |
| <input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung |
| <input type="checkbox"/> Bescheid über Anerkennung beim Bundessozialamt |
| <input type="checkbox"/> Behindertenausweis vom Bundessozialamt |
| <input type="checkbox"/> Beschluss über Sachwalterschaft |
| <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ |

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