

ANTRAG AUF GEWÄHRUNG EINER LEISTUNG

nach dem Oö. Chancengleichheitsgesetz, LGBl. Nr. 41/2008 idgF.



LAND
OBERÖSTERREICH

Zutreffendes ankreuzen!

SGD-So/E-35

Dieser Antrag wird

bei der zuständigen Bezirkshauptmannschaft _____

beim zuständigen Magistrat _____ eingereicht.

Name des/der Leistungsempfängers/in

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

Arten der Hauptleistungen

Folgende Leistungen werden beantragt:

Heilbehandlung	<input type="checkbox"/> Hippotherapie <input type="checkbox"/> Konduktive Mehrfachtherapie <input type="checkbox"/> Leistungen für Gehörlose <input type="checkbox"/> Leistungen der Krankenbehandlung ambulant und stationär
in/im	
Frühförderung und Schulassistenten	<input type="checkbox"/> Allgemeine Frühförderung <input type="checkbox"/> Sehfrühförderung <input type="checkbox"/> Frühe Kommunikationsförderung <input type="checkbox"/> Schulassistenten
in/im	
Arbeit und fähigkeitsorientierte Aktivität	<input type="checkbox"/> Berufliche Qualifizierung in/im _____ <input type="checkbox"/> Geschützte Arbeit in/im _____ <input type="checkbox"/> Fähigkeitsorientierte Aktivität in/im _____ <input type="checkbox"/> Arbeitsassistenten und Arbeitsbegleitung in/im _____ Trainingsmaßnahmen: <input type="checkbox"/> Individualförderung in/im _____ <input type="checkbox"/> Rehabilitation und Integration Sehbehinderter und Späterblindeter in/im _____
Wohnen	<input type="checkbox"/> Wohnmöglichkeit in einer Wohnung / Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> Wohnmöglichkeit in einem Wohnheim Einrichtung (Adresse bitte angeben) _____ _____
<input type="checkbox"/> Persönliche Assistenz	durch die/den _____
<input type="checkbox"/> Mobile Betreuung und Hilfe	durch die/den _____

ChG 1

Angaben zum/zur Leistungsempfänger/in

Name	Familienname _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Vorname _____ Geb.-Datum _____
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ 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 _____

Welche Art der Beeinträchtigung liegt vor? (Mehrfachnennung möglich)

Beeinträchtigungsarten:

Geistige Beeinträchtigung

Körperliche Beeinträchtigung _____

Gehbeeinträchtigung

Rollstuhlfahrer/in: wenn ja: Elektro-Rollstuhl Hand-Rollstuhl

Psychische Beeinträchtigung

Sinnesbeeinträchtigung:

stark sehbeeinträchtigt bis blind schwerhörig bis gehörlos taubblind

Entwicklungsverzögerung

Spezifische Beeinträchtigungen

Apalliker Chorea Huntington Suchterkrankung

Autismus Organisches Psychosyndrom

Non-Compliance

Sonstige Beeinträchtigung _____

Versicherung des/der Leistungsempfängers/in

Krankenversicherungsträger _____ Soz.-Vers.-Nr. _____

hauptversichert

mitversichert bei (Name) _____

Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in _____

selbstversichert nicht versichert (siehe ChG 5)

Pflegegeldbezug des/der Leistungsempfängers/in

Landespflegegeld Bundespflegegeld beantragt am _____ kein Bezug

Stufe _____ Betrag _____ Euro Bezug seit _____

auszahlende Stelle/Antrag gestellt bei _____

Aufenthalt in den letzten zwei Jahren

von _____ bis _____ in _____

von _____ bis _____ in _____

von _____ bis _____ in _____

Bisherige Schulbildung

--

Bisherige Berufsausbildung und -laufbahn

--

Sachwalter/in gesetzliche/r Vertreter/in

Sachwalterbestellungsbeschluss (in Kopie) beilegen

Name	Familienname _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Vorname _____ Geb.-Datum _____
Adresse	PLZ _____ Ort _____
	Straße _____ Nr. _____
	Telefon _____ Fax _____
	E-Mail _____
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in	

Wurde die Gewährung einer der nachstehenden Leistungen beantragt?

<input type="checkbox"/> Invaliditätspension	bei _____	am _____
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitspension	bei _____	am _____
<input type="checkbox"/> Waisenpension	bei _____	am _____
<input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerpension	bei _____	am _____
<input type="checkbox"/> nein		

Bestehen Ansprüche aus einer Haftpflichtversicherung?

(Beeinträchtigung aufgrund eines Unfalles mit Fremdverschulden)

<input type="checkbox"/> ja, gegen welche Versicherungsanstalt _____
<input type="checkbox"/> nein

Bestehen Ansprüche nach dem Impfschadengesetz?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Informationen, die für die Assistenzkonferenz benötigt werden

Ist es Ihnen gesundheitlich möglich, persönlich an einer Assistenzkonferenz bei der zuständigen Behörde teilzunehmen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein: Sind Sie in der Lage, vor Ort (z.B. zu Hause, im Krankenhaus) an einer Assistenzkonferenz teilzunehmen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Soll ein Peer bei der Assistenzkonferenz anwesend sein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist eine Vorberatung durch einen Peer erwünscht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Der/Die Leistungsempfänger/in ist sorgepflichtig für

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

Der/Die Leistungsempfänger/in ist sorgepflichtig für

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

Der/Die Leistungsempfänger/in ist sorgepflichtig für

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

Vater

Name	Familiennamen _____ Geb.-Datum _____	
	Vorname _____ Soz. Vers. Nr. _____	
Adresse	PLZ _____ Ort _____	
	Straße _____ Nr. _____	
	Telefon _____ 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 _____	
<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	Familiennamen _____ Geb.-Datum _____	
	Vorname _____ Soz. Vers. Nr. _____	
Adresse	PLZ _____ Ort _____	
	Straße _____ Nr. _____	
	Telefon _____ 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 _____	
<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 _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ 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 _____	
	<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 _____ Vorname _____	Geb.-Datum _____ Soz. Vers. Nr. _____
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ 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 _____	
	<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 den/die Leistungsempfänger/in und für folgende Kinder	Erhöhungsbetrag für erheblich beeinträchtigte 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 beeinträchtigte 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 _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in	

Einkommens- und Vermögensverhältnisse

Jedes Einkommen bzw. Vermögen ist nachweislich zu belegen!

Wovon bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt? _____ _____
--

Einkommens- und Vermögensverhältnisse des/der Leistungsempfängers/in

Pension, Rente ohne Ausgleichszulage / Pension, Rente mit Ausgleichszulage

Betrag monatlich	Euro	Bezug seit
Auszahlende Stelle		
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____	
Geschäftszahl/Pensionsnummer		

Selbstständige Erwerbstätigkeit / Unselbstständige Erwerbstätigkeit

Betrag monatlich	Euro	Bezug seit
Art der Tätigkeit		
Dienstgeber (nur bei unselbstständiger Erwerbstätigkeit)		
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____	

Sonstige Beschäftigung

Betrag monatlich	Euro	Bezug seit
Art der Tätigkeit		
Dienstgeber		
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____	

Leibrenten und sonstige vertragliche Geldleistungen zur Deckung des Lebensbedarfs

Die Auszahlung erfolgt	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> _____
Betrag	Euro Bezug seit
Von (Name)	
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in	

Unterhaltsleistungen/Alimente _____

Die Auszahlung erfolgt	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> _____
Betrag	Euro Bezug seit
Auszahlende Stelle/ Familien- und Vorname	
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____
Name des/der Beziehers/in	
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in	

Vermögen (Sparguthaben, Wertpapiere, . . .)

Art des Vermögens	
Betrag	Euro

Einkünfte aus Kapitalvermögen

Art des Vermögens	
Betrag	Euro

Vermietung und Verpachtung

Art des Vermögens	
Betrag	Euro

Haus- und Grundbesitz

Einheitswert	
Katastralgemeinde	Grundbuchs-Nr./EZ

Leistungen, die für den/die Leistungsempfänger/in bezogen werden

Leistungen vom Dienstgeber (Kinderzulage, Haushaltszulage, . . .)

Die Auszahlung erfolgt	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> _____
Betrag	Euro Bezug seit
Auszahlende Stelle	Geschäftszahl/Pensions-Nr.
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____
Name des/der Beziehers/in	Geb.-Dat.
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in	

Kinderzuschuss zur Pension / Erhöhungsbetrag zur Ausgleichszulage

Die Auszahlung erfolgt	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> _____
Betrag	Euro Bezug seit
Auszahlende Stelle	Geschäftszahl/Pensions-Nr.
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____
Name des/der Beziehers/in	Geb.-Dat.
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in	

Folgende Nachweise sind (entsprechend der beantragten Leistung) diesem Antrag beizulegen:

<input type="checkbox"/> Arztbrief	<input type="checkbox"/> Ärztliches Gutachten, Befunde *)
<input type="checkbox"/> Ärztlicher Verordnungsschein *)	<input type="checkbox"/> Fördervorschlag der Trägereinrichtung *)
<input type="checkbox"/> Maßnahmenvorschlag der Trägereinrichtung *)	<input type="checkbox"/> Psychologisches Entwicklungsprofil *)
<input type="checkbox"/> Situationsbericht der Schule *)	<input type="checkbox"/> Schnupperbericht der Trägereinrichtung *)
<input type="checkbox"/> Berufsberatungsgutachten des AMS *)	<input type="checkbox"/> Sachwalterbestellungsbeschluss (in Kopie)
<input type="checkbox"/> Bezugsbestätigung für Familienbeihilfe	<input type="checkbox"/> Nachweis über Bezug des Bundespflegegeldes (Bescheid)
<input type="checkbox"/> Nachsichtsansuchen	
Einkommensnachweise (in Kopie)	
Niederlassungsbewilligung (in Kopie)	
Beschäftigungsbewilligung (in Kopie)	
Nachweise bzgl. Einkommen/Vermögen (z.B. Lohnzettel, Einkommenssteuerbescheide, . . .)	
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Sonstige Nachweise:	
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

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

*) Soweit vorhanden

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

Ich versichere, dass ich die Angaben richtig und vollständig gemacht habe.
Jede Änderung von Einkommens-, Vermögens-, Familien- oder Wohnverhältnissen muss unaufgefordert binnen zwei Wochen der zuständigen Behörde mitgeteilt werden.
Die Kosten für eine Hauptleistung, die aufgrund falscher, nicht bekannt gegebener oder verschwiegener Angaben bzw. Änderungen gewährt wurden, sind zurückzuerstatten.
Der/Die Leistungsempfänger/in wird ab Beginn der beantragten Leistung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zur Zahlung eines Beitrags herangezogen.
Ich stimme hiemit der Weitergabe von beitragsrelevanten Daten an die jeweiligen Leistungserbringer zu.

Ich stimme hiermit der automationsunterstützten Verarbeitung meiner Daten und dem automationsunterstützten Datenverkehr im Sinne der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000 i.d.g.F. zu.

Ort _____ , am _____ Datum _____ Unterschrift _____

des/der Leistungsempfängers/in
 des/der gesetzlichen Vertreters/in
 des/der Sachwalters/in