

ANTRAG AUF ÄNDERUNG DES LEISTUNGSUMFANGS / LEISTUNGSBEREICHS / HILFEBEDARFS

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



LAND

OBERÖSTERREICH

Zutreffendes ankreuzen!

SGD-So/E-39

Dieser Antrag wird

bei der zuständigen Bezirkshauptmannschaft _____

beim zuständigen Magistrat _____ eingereicht.

Leistungsempfänger/in

| | |
|---------------|--|
| Name | Familienname _____ Vorname _____ Titel _____ |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| Geburtsdatum | _____ |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft |
| Anschrift | PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____ |

Folgende Änderung des Leistungsumfangs, des Leistungsbereichs oder des Hilfebedarfs einer der folgenden, bereits bewilligten Leistungen wird beantragt:

Heilbehandlung in Form der Konduktiven Mehrfachtherapie (Änderung im Leistungsumfang)

| | |
|---------------------|-------|
| Leistungserbringer: | _____ |
| Änderung: | _____ |

Arbeit und fähigkeitsorientierte Aktivität (ausgenommen Trainingsmaßnahmen)
(Änderung im Leistungsumfang, im Leistungsbereich, des Hilfebedarfs)

| | |
|---------------------|-------|
| Leistungserbringer: | _____ |
| Änderung: | _____ |

Persönliche Assistenz (Änderung im Leistungsumfang)

| | |
|---------------------|-------|
| Leistungserbringer: | _____ |
| Änderung: | _____ |

Mobile Betreuung und Hilfe (Änderung im Leistungsumfang)

| | |
|---------------------|-------|
| Leistungserbringer: | _____ |
| Änderung: | _____ |

Wohnen (Änderung des Hilfebedarfs)

| | |
|----------------------|-------|
| Bewilligte Leistung: | _____ |
| Leistungserbringer: | _____ |
| Änderung: | _____ |

ChG 1 A

Pflegegeldbezug des/der Leistungsermpfängers/-empfängerin

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

Bestehen Ansprüche aus einer Haftpflichtversicherung? (Beeinträchtigung aufgrund eines Unfalls mit Fremdverschulden)

ja, gegen welche Versicherungsanstalt _____
 nein

Bestehen Ansprüche nach dem Impfschadengesetz?

ja nein

Änderung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse seit dem letzten Antrag:

ja, die Einkommens- und Vermögensverhältnisse haben sich geändert (Nachweis beilegen)
 nein, die Einkommens- und Vermögensverhältnisse haben sich nicht geändert

Sachwalter/in / gesetzliche/r Vertreter/in Sachwalterbestellungsbeschluss (in Kopie) beilegen

| | |
|--|--|
| Name | Familienname _____ Vorname _____ Titel _____ |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| Geburtsdatum | |
| Anschrift | PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____ |
| Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in | |

Wurde die Gewährung einer der nachstehenden Leistungen beantragt?

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

Informationen, die für die Assistenzkonferenz benötigt werden

Ist es Ihnen gesundheitlich möglich, persönlich an einer Assistenzkonferenz bei der zuständigen Behörde teilzunehmen?
 ja nein
 wenn nein: Sind Sie in der Lage, vor Ort (z.B. zu Hause, im Krankenhaus) an einer Assistenzkonferenz teilzunehmen?
 ja nein

Soll ein Peer bei der Assistenzkonferenz anwesend sein? ja nein
 Ist eine Vorberatung durch einen Peer erwünscht? ja nein

Erforderliche Unterlagen (entsprechend der beantragten Leistung):

Bitte übermitteln Sie **keine Originalunterlagen**, da diese nach elektronischer Erfassung nicht retourniert werden können.

- Fördervorschlag der Trägereinrichtung *)
- Begründung für die Änderung des Leistungsumfangs

Sonstige Nachweise

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Nachweise bzgl. Einkommen/Vermögen (z.B. Lohnzettel, Einkommensteuerbescheide, . . .)

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

HINWEIS:

Eine Bearbeitung ist nur dann möglich, wenn alle erforderlichen Unterlagen angeschlossen sind. 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 hiermit 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, Datum

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