

An die
 Bezirkshauptmannschaft Südoststeiermark
 Referat für Behindertenhilfe
 Bismarckstraße 11-13
 8330 Feldbach

Eingangsstempel der Bezirkshauptmannschaft

Antrag

auf Hilfeleistung nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz 2004, LGBl. 26/2004 i.d.g.F.

Angestrebte Hilfeleistung:

<input type="checkbox"/> Heilbehandlung, z.B. Therapien	<input type="checkbox"/> Wohnen mit Mietzinshilfe
<input type="checkbox"/> Körperersatzstücke, orthopädische Behelfe oder andere Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Hilfe zum Wohnen (Wohnassistenz)
<input type="checkbox"/> Erziehung und Schulbildung, z.B. Frühförd.	<input type="checkbox"/> Entlastung der Familie (Familienentlastungsdienst)
<input type="checkbox"/> Teilhabe an Beschäftigung in d. Arbeitswelt	<input type="checkbox"/> Gestaltung der Freizeit (Freizeitassistenz)
<input type="checkbox"/> Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> Anerkennung eines Härtefalls
<input type="checkbox"/> Tageseinrichtungen	<input type="checkbox"/> Übernahme der Fahrtkosten
<input type="checkbox"/> Wohnen in Einrichtungen	<input type="checkbox"/> Umbau der Wohnung/des Wohnhauses
<input type="checkbox"/> Übernahme von Entgelten in Pflegeheimen	<input type="checkbox"/> Zuschuss zum PKW-Umbau
	<input type="checkbox"/>

Genauere Bezeichnung der beantragten Hilfe: _____

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

IBAN _____
BIC _____

Vorheriger Aufenthalt

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

Bisherige Schulbildung, Berufsausbildung (Lehre mit oder ohne LAP), zuletzt ausgeführte Berufe, derzeitiger Stand (AMS, Krankengeld, etc.)

Erwerbstätigkeit oder Pension

Beschäftigt bei Firma _____ mtl. Einkommen € _____

Selbständig nein ja mtl. Einkommen € _____

Pension von _____ mtl. € _____

Leistungen von anderen Sozialhilfeträgern

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

nein

ja von Bezirkshauptmannschaft/Magistrat _____

Leistung _____

Zeitraum _____

Pflegegeldbezug des Menschen mit Behinderung

Pflegegeld von (Versicherungsanstalt) _____ Stufe _____

kein Bezug

Bezug einer Familienbeihilfe

normale Familienbeihilfe erhöhte Familienbeihilfe 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) _____

Private Zusatzversicherung (z.B. MUKI, etc.)

nein

ja bei _____ Polizze Nr. _____

Ansuchen bei anderen Versicherungen/Institutionen (z.B. AUVA, Bundessozialamt...)

nein

ja bei _____

Höhe der Leistung _____

Zeitraum _____

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde antsigniert. Hinweise zur Prüfung dieser elektronischen Signatur bzw. der Echtheit des Ausdrucks finden Sie unter: <https://as.stmk.gv.at>

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.

Datenschutzrechtliche Ermächtigung:

Ich ermächtige das SozialministeriumService, Landesstelle Steiermark und den Verein IHB (Verein zur Beratung, Unterstützung und Begleitung von Behörden sowie Menschen mit besonderen Bedürfnissen zur Ermittlung deren individuellen Hilfebedarfs) zur Einholung aller medizinischen Unterlagen bei ÄrztInnen, Krankenhäusern und Institutionen (für den Zeitraum des laufenden Verfahrens).

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das SMS (Landesstelle Steiermark) und der Verein IHB von meinem Kind aufliegende Gutachten ärztlicher Sachverständiger im gegenständlichen Verfahren heranzuziehen.

Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

ERKLÄRUNG:

- Wissentlich falsche Angaben oder 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 zu melden. 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.
- Ich stimme hiermit der automationsunterstützten Verarbeitung meiner Daten und dem automationsunterstützten Datenverkehr im Sinne der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl Nr. 165/1999 idGF zu.

_____, am _____
Ort Datum 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"/> _____

Die Gemeinde bestätigt

Die Richtigkeit der Angaben im Antrag.
--

Zum Antrag werden von der Gemeinde folgende ergänzende Angaben gemacht

_____, am _____
Ort Datum Fertigung der Gemeinde/Stempel

Das elektronische Original dieses Dokumentes wurde antsigniert. Hinweise zur Prüfung dieser elektronischen Signatur bzw. der Echtheit des Ausdrucks finden Sie unter: <https://as.stmk.gv.at>