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.

Leistungsempfänger/in

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____ Titel _____
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich
Geburtsdatum	

Arten der Hauptleistungen

Folgende Leistungen werden beantragt:

Heilbehandlung	☐ Hippotherapie ☐ Konduktive Mehrfachtherapie ☐ Leistungen für Gehörlose ☐ Leistungen der Krankenbehandlung ambulant und stationär
in/im	
Frühförderung und Schulassistenz	☐ Allgemeine Frühförderung ☐ Sehfrühförderung ☐ Frühe Kommunikationsförderung ☐ Schulassistenz ☐ Familienbegleitung (nur in Verbindung mit Allgemeiner Frühförderung)
in/im	
Arbeit und fähigkeitsorientierte Aktivität	☐ Berufliche Qualifizierung in/im _____ ☐ Geschützte Arbeit in/im _____ ☐ Fähigkeitsorientierte Aktivität in/im _____ ☐ Arbeitsassistenz und Arbeitsbegleitung in/im _____ Trainingsmaßnahmen: ☐ Individualförderung in/im _____ ☐ Rehabilitation und Integration Sehbehinderter und Späterblindeter in/im _____
Wohnen	☐ Wohnmöglichkeit in einer Wohnung / Wohngemeinschaft ☐ Wohnmöglichkeit in einem Wohnheim Einrichtung (Adresse bitte angeben) _____
Persönliche Assistenz	☐ in Form des Trägermodells durch _____ ☐ in Form des Auftraggebermodells durch _____
☐ Mobile Betreuung und Hilfe	durch _____

ChG 1

Leistungsempfänger/in

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____ Titel _____
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich
Geburtsdatum	
Staatsbürgerschaft	☐ Österreich ☐ Sonstige _____ ☐ Niederlassungsbewilligung bis _____ ☐ Asylantrag gestellt am _____
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend ☐ Lebensgemeinschaft ☐ eingetragene Partnerschaft
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____

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

☐ 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	Familien-/Nachname _____ Vorname _____ Titel _____
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich
Geburtsdatum	
Staatsbürgerschaft	
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-/Witwerpension bei _____ am _____

☐ nein

Bestehen Ansprüche aus einer Haftpflichtversicherung?

(Beeinträchtigung aufgrund eines Unfalles mit Fremdverschulden)

☐ ja, gegen welche Versicherungsanstalt _____

☐ nein

Bestehen Ansprüche nach dem Impfschadengesetz?

☐ ja ☐ 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

Der/Die Leistungsempfänger/in ist sorgepflichtig für

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich
Geburtsdatum	
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____
Verwandtschaftsverhältnis	☐ Ehepartner/in ☐ Kind ☐ Sonstiges _____
Dienstgeber	
Einkommensverhältnisse (Höhe)	Euro

Der/Die Leistungsempfänger/in ist sorgepflichtig für

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich
Geburtsdatum	
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____
Verwandtschaftsverhältnis	☐ Ehepartner/in ☐ Kind ☐ Sonstiges _____
Dienstgeber	
Einkommensverhältnisse (Höhe)	Euro

Der/Die Leistungsempfänger/in ist sorgepflichtig für

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich
Geburtsdatum	
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____
Verwandtschaftsverhältnis	☐ Ehepartner/in ☐ Kind ☐ Sonstiges _____
Dienstgeber	
Einkommensverhältnisse (Höhe)	Euro

Vater

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____ Titel _____	
Sozialversicherungsnummer	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *(Beispiel: 1234TTMMJJ)*	
Staatsbürgerschaft	☐ Österreich ☐ Sonstige _____ ☐ Niederlassungsbewilligung bis _____ ☐ Asylantrag gestellt am _____	
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend ☐ Lebensgemeinschaft ☐ eingetragene Partnerschaft	
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____	
☐ Angestellter ☐ Arbeiter ☐ Beamter ☐ selbständig ☐ Landwirt ☐ Pensionist ☐ arbeitslos ☐ Sonstiges _____		
Dienstgeber		beschäftigt seit
Pensionsversicherung		Pens. Vers. Nr.

Mutter

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____ Titel _____	
Sozialversicherungsnummer	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *(Beispiel: 1234TTMMJJ)*	
Staatsbürgerschaft	☐ Österreich ☐ Sonstige _____ ☐ Niederlassungsbewilligung bis _____ ☐ Asylantrag gestellt am _____	
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend ☐ Lebensgemeinschaft ☐ eingetragene Partnerschaft	
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____	
☐ Angestellter ☐ Arbeiter ☐ Beamter ☐ selbständig ☐ Landwirt ☐ Pensionist ☐ arbeitslos ☐ Sonstiges _____		
Dienstgeber		beschäftigt seit
Pensionsversicherung		Pens. Vers. Nr.

Stiefvater/Pflegevater

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____ Titel _____	
Sozialversicherungsnummer	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *(Beispiel: 1234TTMMJJ)*	
Staatsbürgerschaft	☐ Österreich ☐ Sonstige _____ ☐ Niederlassungsbewilligung bis _____ ☐ Asylantrag gestellt am _____	
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend ☐ Lebensgemeinschaft ☐ eingetragene Partnerschaft	
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____	
☐ Angestellter ☐ Arbeiter ☐ Beamter ☐ selbständig ☐ Landwirt ☐ Pensionist ☐ arbeitslos ☐ Sonstiges _____		
Dienstgeber		beschäftigt seit
Pensionsversicherung		Pens. Vers. Nr.

Stiefmutter/Pflegemutter

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____ Titel _____	
Sozialversicherungsnummer	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *(Beispiel: 1234TTMMJJ)*	
Staatsbürgerschaft	☐ Österreich ☐ Sonstige _____ ☐ Niederlassungsbewilligung bis _____ ☐ Asylantrag gestellt am _____	
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend ☐ Lebensgemeinschaft ☐ eingetragene Partnerschaft	
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____	
☐ Angestellter ☐ Arbeiter ☐ Beamter ☐ selbständig ☐ Landwirt ☐ Pensionist ☐ arbeitslos ☐ 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 _____	☐ ja ☐ nein
Zu- und Vorname _____ geb. am _____	☐ ja ☐ nein
Zu- und Vorname _____ geb. am _____	☐ ja ☐ nein
Zu- und Vorname _____ geb. am _____	☐ ja ☐ nein
Um den Erhöhungsbetrag für erheblich beeinträchtigte Kinder für _____	
wurde am _____ beim Finanzamt _____ angesucht.	

Anspruchsberechtigte/r der Familienbeihilfe

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____ Titel _____
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich
Sozialversicherungsnummer	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ *(Beispiel: 1234TTMMJJ)*
Anschrift	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	
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____
Geschäftszahl/Pensionsnummer	

☐ **Selbstständige Erwerbstätigkeit /** ☐ **Unselbstständige Erwerbstätigkeit**

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

☐ **Sonstige Beschäftigung**

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

☐ **Leibrenten und sonstige vertragliche Geldleistungen zur Deckung des Lebensbedarfs**

Die Auszahlung erfolgt	☐ monatlich ☐ _____
Betrag	Euro Bezug seit
Von (Name)	
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in	

☐ **Unterhaltsleistungen/Alimente** ☐ _____

Die Auszahlung erfolgt	☐ monatlich ☐ _____
Betrag	Euro Bezug seit
Auszahlende Stelle/ Familien- und Vorname	
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____
Name des/der Beziehers/in	
Anschrift	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	☐ monatlich ☐ _____
Betrag	Euro Bezug seit
Auszahlende Stelle	Geschäftszahl/Pensions-Nr.
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____
Name des/der Beziehers/in	Geb.-Dat.
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in	

☐ **Kinderzuschuss zur Pension /** ☐ **Erhöhungsbetrag zur Ausgleichszulage**

Die Auszahlung erfolgt	☐ monatlich ☐ _____
Betrag	Euro Bezug seit
Auszahlende Stelle	Geschäftszahl/Pensions-Nr.
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____
Name des/der Beziehers/in	Geb.-Dat.
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in	

Erforderliche Unterlagen (entsprechend der beantragten Leistung):

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

☐ Arztbrief
☐ Ärztlicher Verordnungsschein *)
☐ Maßnahmenvorschlag der Trägereinrichtung *)
☐ Situationsbericht der Schule *)
☐ Berufsberatungsgutachten des AMS *)
☐ Bezugsbestätigung für Familienbeihilfe
☐ Nachsichtsansuchen
  Einkommensnachweise (in Kopie)
  Niederlassungsbewilligung (in Kopie)
  Beschäftigungsbewilligung (in Kopie)
☐ Ärztliches Gutachten, Befunde *)
☐ Fördervorschlag der Trägereinrichtung *)
☐ Psychologisches Entwicklungsprofil *)
☐ Schnupperbericht der Trägereinrichtung *)
☐ Sachwalterbestellungsbeschluss (in Kopie)
☐ Nachweis über Bezug des Bundespflegegeldes (Bescheid)
☐ Situationsbeschreibung der Trägereinrichtung

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

☐ _____ ☐ _____
☐ _____ ☐ _____
☐ _____ ☐ _____
☐ _____ ☐ _____

Sonstige Nachweise:

☐ _____ ☐ _____
☐ _____ ☐ _____

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

Zurücksetzen **Drucken**

Nähere Informationen und die Allgemeinen Förderungsrichtlinien des Landes Oberösterreich finden Sie unter: **www.land-oberoesterreich.gv.at**