

THERAPIEZUSCHÜSSE AN EINZELPERSONEN

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe



LAND

OBERÖSTERREICH

SGD-So/E-20

Amt der Oö. Landesregierung

Direktion Soziales und Gesundheit
Abteilung Soziales
Bahnhofplatz 1
4021 Linz

Eingangsstempel

Zutreffendes ankreuzen!

- Tomatis Hörtraining Musiktherapie
 Akustisches Integrationstraining Heilpädagogisches Voltigieren

Persönliche Angaben (Therapieempfänger(in) – Mensch mit Beeinträchtigung)

Name	Vorname _____ Vers.-Nr. _____ Familiennamen _____ Geb.-Datum _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Staatsangehörigkeit	
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nummer _____ Telefonnummer _____ Fax _____ E-Mail _____
Wohnhaft seit	
Hauptwohnsitz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Gesetzliche Vertretung Elternteil Sachwalter Sonstige _____

Name	Vorname _____ Vers.-Nr. _____ Familiennamen _____ Geb.-Datum _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Staatsangehörigkeit	
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nummer _____ Telefonnummer _____ Fax _____ E-Mail _____
Wohnhaft seit	
Hauptwohnsitz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bankverbindung	Institut _____ Bankleitzahl _____ Konto-Nr. _____ Kontoinhaber _____

Förderungserklärung

Ich erkläre, dass mir die Allgemeinen Richtlinien für die Förderungen aus Landesmitteln, wiederverlautbart in der Amtlichen Linzer Zeitung vom 10. Jänner 2008, Folge 1/2008, bekannt sind und dass ich diese vollinhaltlich und verbindlich anerkenne.

Außerdem erkläre ich verbindlich, dass

- meine Angaben richtig sind und mir bekannt ist, dass ich die Beihilfe bei wissentlich unrichtigen Angaben und bei nicht widmungsgemäßer Verwendung zurückzahlen habe;
- ich den Verwendungsnachweis in der vom Land gewünschten Form erbringe und
- ich dem automationsunterstützten Datenverkehr zur Abwicklung des Ansuchens im Sinne der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl. Nr. 165/1999 i.d.g.F., sowie einer Veröffentlichung im Rahmen von Förderberichten zustimme.

Ich stimme zu, dass das Land Oberösterreich über mich und im Antrag genannte Personen Angaben bei den jeweils zuständigen Stellen einholt, wenn dies zur Erledigung meines Antrages erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift

Beilagen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ärztlicher Befund | <input type="checkbox"/> Originalrechnung/en |
| <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag für die Therapie | <input type="checkbox"/> Original-Zahlungsbelege |
| <input type="checkbox"/> Nachweise über das Haushaltsnettoeinkommen
(z.B. Monats- oder Jahreslohnzettel) | |