

# ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME EINER SUCHTTHERAPIE

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



LAND

OBERÖSTERREICH

## SGD-So/E-28

### Amt der Oö. Landesregierung

Direktion Soziales und Gesundheit  
Abteilung Soziales  
Bahnhofplatz 1  
4021 Linz

Eingangsstempel

Zutreffendes ankreuzen!

Dieser Antrag ist beim Amt der Oö. Landesregierung einzureichen.

### Angaben zum/zur Leistungsempfänger/in

Name	Familienname _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Vorname _____ Geb.-Datum _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Sonstige _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____ <input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____

### Leistung

Die Kostenübernahme einer Suchttherapie gemäß § 17 Abs. 3 Z. 5 Oö. ChG wird beantragt.

Gewünschter Verein: \_\_\_\_\_

Gewünschte Einrichtung: \_\_\_\_\_

### Fachliche Stellungnahme der (Sucht-)Beratungsstelle bzw. sonstiger Einrichtungen

ChG 3

## Versicherung des/der Leistungsempfängers/in

Krankenversicherungsträger _____	Soz.-Vers.-Nr. _____
<input type="checkbox"/> hauptversichert	
<input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name) _____	
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in _____	
<input type="checkbox"/> selbstversichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert (siehe ChG 5)

## Aufenthalt in den letzten zwei Jahren

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

## Beschäftigung

Letzte Beschäftigung	Dienstgeber _____
	Tätigkeit _____
Derzeitige Beschäftigung	Dienstgeber _____
	Tätigkeit _____

Sachwalter/in     gesetzliche/r Vertreter/in

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	

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