

# ANTRAG AUF GEWÄHRUNG DES SUBSIDIÄREN MINDESTEINKOMMENS

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



LAND

OBERÖSTERREICH

Zutreffendes ankreuzen!

SGD-So/E-32

Dieser Antrag wird

bei der zuständigen Bezirkshauptmannschaft \_\_\_\_\_ oder

beim zuständigen Magistrat \_\_\_\_\_ eingereicht.

**Vor dem Ausfüllen bitte Seite 6 lesen!**

## Angaben zum/zur Leistungsempfänger/in

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

## Leistung

<input type="checkbox"/> Subsidiäres Mindesteinkommen gemäß § 16 Oö. ChG wird beantragt.
Welche Hauptleistung/en wurde/n bescheidmässig zuerkannt? _____

## Familienbeihilfenbezug des/der Leistungsempfängers/-empfängerin

Familienbeihilfe mit Erhöhungsbetrag für erheblich beeinträchtigte Kinder

Familienbeihilfe ohne Erhöhungsbetrag für erheblich beeinträchtigte Kinder

Um den Erhöhungsbetrag für erheblich beeinträchtigte Kinder für _____ wurde am _____ beim Finanzamt _____ angesucht.
---

## Anspruchsberechtigte/r der Familienbeihilfe

Name	Familienname _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Vorname _____ Soz.-Vers.-Nr. _____
Adresse	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? _____ _____
--

ChG 7

## Einkommens- und Vermögensverhältnisse des/der Leistungsempfängerin

Pension, Rente ohne Ausgleichszulage /  Pension, Rente mit Ausgleichszulage

Betrag monatlich	_____ Euro	Bezug seit _____
Auszahlende Stelle		
Adresse	PLZ _____ Ort _____	
	Straße _____	Nr. _____
Geschäftszahl/Pensionsnummer		

Selbstständige Erwerbstätigkeit /  Unselbstständige Erwerbstätigkeit

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

Sonstige Beschäftigung

Betrag (monatlich)	_____ Euro	Bezug seit _____
Art der Tätigkeit		
Dienstgeber		
Adresse	PLZ _____ Ort _____	
	Straße _____	Nr. _____

Leibrenten und sonstige vertragliche Geldleistungen zur Deckung des Lebensbedarfs

Die Auszahlung erfolgt	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> _____
Betrag	_____ Euro	Bezug seit _____
Von (Name)		
Adresse	PLZ _____ Ort _____	
	Straße _____	Nr. _____
	Telefon _____	Fax _____
	E-Mail _____	
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in		

Unterhaltsleistungen/Alimente /  \_\_\_\_\_

Die Auszahlung erfolgt	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> _____ Euro	Bezug seit _____
Auszahlende Stelle/ Familien- und Vorname			
Adresse	PLZ _____ Ort _____		
	Straße _____	Nr. _____	
Name des/der Beziehers/in	Geb.-Dat.		
Adresse	PLZ _____ Ort _____		
	Straße _____	Nr. _____	
	Telefonnummer _____		
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	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> _____
Betrag	_____ Euro Bezug seit _____
Auszahlende Stelle	Geschäftszahl/Pensions-Nr.
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____
Name des/der Beziehers/in	Geb.-Dat.
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefonnummer _____
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in	

**Kinderzuschuss zur Pension /  Erhöhungsbetrag zur Ausgleichszulage**

Die Auszahlung erfolgt	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> _____
Betrag	_____ Euro Bezug seit _____
Auszahlende Stelle	Geschäftszahl/Pensions-Nr.
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____
Name des/der Beziehers/in	Geb.-Dat.
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in	

## Einkommensverhältnisse des/der Ehegatten/Ehegattin oder Lebensgefährten/in

(Nur bei Haushalts- und Wohngemeinschaften ausfüllen)

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

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

**Sonstige Beschäftigung**

Betrag (monatlich)	_____ Euro	Bezug seit _____
Art der Tätigkeit		
Dienstgeber		
Adresse	PLZ _____ Ort _____	
	Straße _____	Nr. _____

**Pension, Rente ohne Ausgleichszulage** /  **Pension, Rente mit Ausgleichszulage**

Betrag (monatlich)	_____ Euro	Bezug seit _____
Auszahlende Stelle		
Adresse	PLZ _____ Ort _____	
	Straße _____	Nr. _____
Geschäftszahl/Pensions-Nr.		

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

Die Auszahlung erfolgt	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> _____
Betrag	_____ Euro	Bezug seit _____
Von (Name)		
Adresse	PLZ _____ Ort _____	
	Straße _____	Nr. _____
	Telefon _____	Fax _____
	E-Mail _____	
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in		

## Bankverbindung des/der Leistungsempfängers/-empfängerin

Bankinstitut		
	BLZ _____	Konto-Nr. _____
	Kontobezeichnung _____	

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 _____

**Folgende Nachweise sind diesem Antrag beizulegen:**

(z.B. Lohnzettel, Einkommenssteuerbescheide, Einkommensnachweise des/der Ehegatten/in bzw. Lebensgefährten/in)

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

**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.  
Subsidiäres Mindesteinkommen, das aufgrund falscher, nicht bekannt gegebener oder verschwiegener Angaben bzw. Änderungen gewährt wurde, ist zurückzuerstatten.

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

## Informationen zum Subsidiären Mindesteinkommen

Dieser Antrag kann auch bei der zuständigen Gemeinde, Sozialberatungsstelle, Einrichtung eines Trägers der Behindertenhilfe oder der psychosozialen Vor- und Nachsorge oder beim Amt der Oö. Landesregierung abgegeben werden. Diese Organisationen sind verpflichtet, den Antrag zur zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde weiterzuleiten.

Die Empfänger/innen eines Subsidiären Mindesteinkommens sollen in der Lage sein, aus ihrem künftigen Einkommen ein möglichst eigenständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen und ihren Lebensunterhalt selbst zu bestreiten.

### Wer hat Anspruch auf diese Leistung?

Diese Leistung können ausschließlich Menschen mit Beeinträchtigungen in Anspruch nehmen,

- die das 18. Lebensjahr vollendet haben und
- denen eine der folgenden Hauptleistungen "bescheidmäßig zuerkannt" wurde:
  - Berufliche Qualifizierung
  - Geschützte Arbeit
  - Fähigkeitsorientierte Aktivität
  - Arbeitsassistenz und Arbeitsbegleitung
  - Wohnmöglichkeit in teilbetreuten Wohnungen bzw. Wohngemeinschaften
  - Persönliche Assistenz
  - Mobile Betreuung und Hilfe

Auch Menschen mit Beeinträchtigungen aus Oberösterreich, denen eine der oben angeführten Leistungen in einem anderen Land gewährt wurde und die die Voraussetzungen (Volljährigkeit und "bescheidmäßig zuerkannter Anspruch" der definierten Hauptleistungen) erfüllen, können das Subsidiäre Mindesteinkommen beantragen.

Im umgekehrten Fall (Inanspruchnahme von Leistungen in Oberösterreich auf Kosten eines anderen Landes) gilt dies jedoch nicht.

Das Subsidiäre Mindesteinkommen kann erst bewilligt werden, wenn bereits eine der oben angeführten Hauptleistungen bescheidmäßig gewährt wurde bzw. wenn eine der oben angeführten Hauptleistungen gleichwertige Maßnahme des Oö. BhG bzw. Oö. ShG, vor Inkrafttreten des Oö. ChG, gewährt wurde.

### Höhe des Subsidiären Mindesteinkommens

Das Subsidiäre Mindesteinkommen errechnet sich aus der Differenz zwischen dem jeweils geltenden Richtsatz und dem Vermögen und Einkommen der Leistungsempfängerin bzw. des Leistungsempfängers. Bei Haushalts- und Wohngemeinschaften wird das Einkommen der Ehegattin oder des Ehegatten bzw. der Lebensgefährtin oder des Lebensgefährten mit berücksichtigt.