

# 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.

## Name des/der Leistungsempfängers/in

|      |                    |                                   |                                   |
|------|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Name | Familienname _____ | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich |
|      | Vorname _____      | Geb.-Datum _____                  |                                   |

## Arten der Hauptleistungen

Folgende Leistungen werden beantragt:

|   |  |
|---|--|
| Heilbehandlung                                      | <input type="checkbox"/> Hippotherapie <input type="checkbox"/> Konduktive Mehrfachtherapie <input type="checkbox"/> Leistungen für Gehörlose<br><input type="checkbox"/> Leistungen der Krankenbehandlung ambulant und stationär  |
| in/im   |  |
| Frühförderung und Schulassistenten                  | <input type="checkbox"/> Allgemeine Frühförderung <input type="checkbox"/> Sehfrühförderung <input type="checkbox"/> Frühe Kommunikationsförderung<br><input type="checkbox"/> Schulassistenten  |
| in/im   |  |
| Arbeit und fähigkeitsorientierte Aktivität          | <input type="checkbox"/> Berufliche Qualifizierung    in/im _____<br><input type="checkbox"/> Geschützte Arbeit    in/im _____<br><input type="checkbox"/> Fähigkeitsorientierte Aktivität    in/im _____<br><input type="checkbox"/> Arbeitsassistenten und Arbeitsbegleitung    in/im _____<br>Trainingsmaßnahmen:<br><input type="checkbox"/> Individualförderung    in/im _____<br><input type="checkbox"/> Rehabilitation und Integration Sehbehinderter und Späterblindeter    in/im _____ |
| Wohnen  | <input type="checkbox"/> Wohnmöglichkeit in einer Wohnung / Wohngemeinschaft<br><input type="checkbox"/> Wohnmöglichkeit in einem Wohnheim<br>Einrichtung (Adresse bitte angeben) _____<br>_____   |
| <input type="checkbox"/> Persönliche Assistenz      | durch die/den _____  |
| <input type="checkbox"/> Mobile Betreuung und Hilfe | durch die/den _____  |

ChG 1

## Angaben zum/zur Leistungsempfänger/in

|                    |  |
|--------------------|--|
| Name               | Familienname _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich<br>Vorname _____ Geb.-Datum _____   |
| Adresse            | PLZ _____ Ort _____<br>Straße _____ Nr. _____<br>Telefon _____ Fax _____<br>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 _____<br><input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____<br><input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____ |

## 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

Landespflegegeld  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   | 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<br>zum/zur Leistungsempfänger/in |  |

## Wurde die Gewährung einer der nachstehenden Leistungen beantragt?

|  |           |          |
|--|-----------|----------|
| <input type="checkbox"/> Invaliditätspension       | bei _____ | am _____ |
| <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitspension | bei _____ | am _____ |
| <input type="checkbox"/> Waisenpension             | bei _____ | am _____ |
| <input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerpension     | bei _____ | am _____ |
| <input type="checkbox"/> nein                      |           |          |

## Bestehen Ansprüche aus einer Haftpflichtversicherung?

(Beeinträchtigung aufgrund eines Unfalles mit Fremdverschulden)

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> ja, gegen welche Versicherungsanstalt _____ |
| <input type="checkbox"/> nein  |

## Bestehen Ansprüche nach dem Impfschadengesetz?

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|---|

## Informationen, die für die Assistenzkonferenz benötigt werden

|   |   |
|---|---|
| Ist es Ihnen gesundheitlich möglich, persönlich an einer Assistenzkonferenz bei der zuständigen Behörde teilzunehmen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn nein: Sind Sie in der Lage, vor Ort (z.B. zu Hause, im Krankenhaus) an einer Assistenzkonferenz teilzunehmen?    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Soll ein Peer bei der Assistenzkonferenz anwesend sein?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ist eine Vorberatung durch einen Peer erwünscht?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

### Der/Die Leistungsempfänger/in ist sorgepflichtig für

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Name                          | Familienname _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich<br>Vorname _____ Geb.-Datum _____ |
| Adresse                       | PLZ _____ Ort _____<br>Straße _____ Nr. _____<br>Telefon _____ Fax _____<br>E-Mail _____                                 |
| Verwandtschaftsverhältnis     | <input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstiges _____            |
| Dienstgeber                   |  |
| Einkommensverhältnisse (Höhe) | _____ Euro   |

### Der/Die Leistungsempfänger/in ist sorgepflichtig für

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Name                          | Familienname _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich<br>Vorname _____ Geb.-Datum _____ |
| Adresse                       | PLZ _____ Ort _____<br>Straße _____ Nr. _____<br>Telefon _____ Fax _____<br>E-Mail _____                                 |
| Verwandtschaftsverhältnis     | <input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstiges _____            |
| Dienstgeber                   |  |
| Einkommensverhältnisse (Höhe) | _____ Euro   |

### Der/Die Leistungsempfänger/in ist sorgepflichtig für

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Name                          | Familienname _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich<br>Vorname _____ Geb.-Datum _____ |
| Adresse                       | PLZ _____ Ort _____<br>Straße _____ Nr. _____<br>Telefon _____ Fax _____<br>E-Mail _____                                 |
| Verwandtschaftsverhältnis     | <input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstiges _____            |
| Dienstgeber                   |  |
| Einkommensverhältnisse (Höhe) | _____ Euro   |

## Vater

|   |  |                        |
|---|--|------------------------|
| Name  | Familiennamen _____ Geb.-Datum _____   |                        |
|   | Vorname _____ Soz. Vers. Nr. _____   |                        |
| 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               |                        |
| Staatsbürgerschaft  | <input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Sonstige _____<br><input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____<br><input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____ |                        |
| <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Landwirt<br><input type="checkbox"/> Pensionist <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |  |                        |
| Dienstgeber   |  | beschäftigt seit _____ |
| Pensionsversicherung  |  | Pens. Vers. Nr. _____  |

## Mutter

|  |  |                        |
|--|--|------------------------|
| Name   | Familiennamen _____ Geb.-Datum _____   |                        |
|  | Vorname _____ Soz. Vers. Nr. _____   |                        |
| 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               |                        |
| Staatsbürgerschaft   | <input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Sonstige _____<br><input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____<br><input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____ |                        |
| <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiterin <input type="checkbox"/> Beamtin <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Landwirtin<br><input type="checkbox"/> Pensionistin <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |  |                        |
| Dienstgeber  |  | beschäftigt seit _____ |
| Pensionsversicherung   |  | Pens. Vers. Nr. _____  |

### Stiefvater/Pflegevater

|                      |   |  |
|----------------------|---|--|
| Name                 | Familienname _____<br>Vorname _____   | Geb.-Datum _____<br>Soz. Vers. Nr. _____ |
| Adresse              | PLZ _____ Ort _____<br>Straße _____ Nr. _____<br>Telefon _____ Fax _____<br>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 _____<br><input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____<br><input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____  |  |
|                      | <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Landwirt<br><input type="checkbox"/> Pensionist <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |  |
| Dienstgeber          |   | beschäftigt seit _____                   |
| Pensionsversicherung |   | Pens. Vers. Nr. _____                    |

### Stiefmutter/Pflegemutter

|                      |  |  |
|----------------------|--|--|
| Name                 | Familienname _____<br>Vorname _____  | Geb.-Datum _____<br>Soz. Vers. Nr. _____ |
| Adresse              | PLZ _____ Ort _____<br>Straße _____ Nr. _____<br>Telefon _____ Fax _____<br>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 _____<br><input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____<br><input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____   |  |
|                      | <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiterin <input type="checkbox"/> Beamtin <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Landwirtin<br><input type="checkbox"/> Pensionistin <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> 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 _____                                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zu- und Vorname _____ geb. am _____                                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zu- und Vorname _____ geb. am _____                                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zu- und Vorname _____ geb. am _____                                   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 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<br>Vorname _____ Soz. Vers. Nr. _____ |
| Adresse  | PLZ _____ Ort _____<br>Straße _____ Nr. _____<br>Telefon _____ Fax _____<br>E-Mail _____                                     |
| Verwandtschaftsverhältnis<br>zum/zur Leistungsempfänger/in |  |

## Einkommens- und Vermögensverhältnisse

Jedes Einkommen bzw. Vermögen ist nachweislich zu belegen!

|  |
|--|
| Wovon bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt? _____<br>_____ |
|--|

## Einkommens- und Vermögensverhältnisse des/der Leistungsempfängers/in

Pension, Rente ohne Ausgleichszulage /  Pension, Rente mit Ausgleichszulage

|                              |   |            |
|------------------------------|---|------------|
| Betrag monatlich             | Euro  | Bezug seit |
| Auszahlende Stelle           |   |            |
| Adresse                      | PLZ _____ Ort _____<br>Straße _____ Nr. _____ |            |
| Geschäftszahl/Pensionsnummer |   |            |

Selbstständige Erwerbstätigkeit /  Unselbstständige Erwerbstätigkeit

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

Sonstige Beschäftigung

|                   |   |            |
|-------------------|---|------------|
| Betrag monatlich  | Euro  | Bezug seit |
| Art der Tätigkeit |   |            |
| Dienstgeber       |   |            |
| Adresse           | PLZ _____ Ort _____<br>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 _____<br>Straße _____ Nr. _____<br>Telefon _____ Fax _____ |
| Verwandtschaftsverhältnis<br>zum/zur Leistungsempfänger/in |  |

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

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

## Folgende Nachweise sind (entsprechend der beantragten Leistung) diesem Antrag beizulegen:

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arztbrief   | <input type="checkbox"/> Ärztliches Gutachten, Befunde *)                      |
| <input type="checkbox"/> Ärztlicher Verordnungsschein *)                               | <input type="checkbox"/> Fördervorschlag der Trägereinrichtung *)              |
| <input type="checkbox"/> Maßnahmenvorschlag der Trägereinrichtung *)                   | <input type="checkbox"/> Psychologisches Entwicklungsprofil *)                 |
| <input type="checkbox"/> Situationsbericht der Schule *)                               | <input type="checkbox"/> Schnupperbericht der Trägereinrichtung *)             |
| <input type="checkbox"/> Berufsberatungsgutachten des AMS *)                           | <input type="checkbox"/> Sachwalterbestellungsbeschluss (in Kopie)             |
| <input type="checkbox"/> Bezugsbestätigung für Familienbeihilfe                        | <input type="checkbox"/> Nachweis über Bezug des Bundespflegegeldes (Bescheid) |
| <input type="checkbox"/> Nachsichtsansuchen  |  |
| Einkommensnachweise (in Kopie)   |  |
| Niederlassungsbewilligung (in Kopie)   |  |
| Beschäftigungsbewilligung (in Kopie)   |  |
| Nachweise bzgl. Einkommen/Vermögen (z.B. Lohnzettel, Einkommenssteuerbescheide, . . .) |  |
| <input type="checkbox"/> _____   | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> _____   | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> _____   | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> _____   | <input type="checkbox"/> _____   |
| Sonstige Nachweise:  |  |
| <input type="checkbox"/> _____   | <input type="checkbox"/> _____   |
| <input type="checkbox"/> _____   | <input type="checkbox"/> _____   |

In Einzelfällen steht es im Ermessen der entscheidenden Behörde, noch weitere Unterlagen anzufordern.

\*) Soweit vorhanden

