

ANTRAG AUF ÄNDERUNG DES LEISTUNGSUMFANGS / LEISTUNGSBEREICHS / HILFEBEDARFS

für Leistungen nach dem Oö. Chancengleichheitsgesetz, LGBl. Nr. 41/2008 idgF.



LAND

OBERÖSTERREICH

Zutreffendes ankreuzen!

SGD-So/E-39

Dieser Antrag wird

bei der zuständigen Bezirkshauptmannschaft _____

beim zuständigen Magistrat _____ eingereicht.

Leistungsempfänger/in

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

Folgende Änderung des Leistungsumfangs, des Leistungsbereichs oder des Hilfebedarfs einer der folgenden, bereits bewilligten Leistungen wird beantragt:

Heilbehandlung in Form der Konduktiven Mehrfachtherapie (Änderung im Leistungsumfang)

| | |
|---------------------|--|
| Leistungserbringer: | |
| Änderung: | |

Arbeit und fähigkeitsorientierte Aktivität (ausgenommen Trainingsmaßnahmen)
(Änderung im Leistungsumfang, im Leistungsbereich, des Hilfebedarfs)

| | |
|---------------------|--|
| Leistungserbringer: | |
| Änderung: | |

Persönliche Assistenz (Änderung im Leistungsumfang)

| | |
|---------------------|--|
| Leistungserbringer: | |
| Änderung: | |

Mobile Betreuung und Hilfe (Änderung im Leistungsumfang)

| | |
|---------------------|--|
| Leistungserbringer: | |
| Änderung: | |

Wohnen (Änderung des Hilfebedarfs)

| | |
|----------------------|--|
| Bewilligte Leistung: | |
| Leistungserbringer: | |
| Änderung: | |

ChG 1 A

Pflegegeldbezug des/der Leistungsermpfängers/-empfängerin

| | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Landespflegegeld | <input type="checkbox"/> Bundespflegegeld | <input type="checkbox"/> beantragt am _____ | <input type="checkbox"/> kein Bezug |
| Stufe _____ | Betrag _____ Euro | Bezug seit _____ | |
| auszahlende Stelle / Antrag gestellt bei _____ | | | |

Bestehen Ansprüche aus einer Haftpflichtversicherung? (Beeinträchtigung aufgrund eines Unfalls 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 |
|-----------------------------|-------------------------------|

Änderung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse seit dem letzten Antrag:

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> ja, die Einkommens- und Vermögensverhältnisse haben sich geändert (Nachweis beilegen) |
| <input type="checkbox"/> nein, die Einkommens- und Vermögensverhältnisse haben sich nicht geändert |

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 _____ |
| Verwandtschaftsverhältnis 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-/Waisenpension | bei _____ am _____ |
| <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 |

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

| | |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fördervorschlag der Trägereinrichtung *) | |
| <input type="checkbox"/> Begründung für die Änderung des Leistungsumfangs | |
| Sonstige Nachweise | |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| Nachweise bzgl. Einkommen/Vermögen (z.B. Lohnzettel, Einkommensteuerbescheide, . . .) | |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

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

*) Soweit vorhanden

Der/Die Unterzeichner/in bestätigt hiermit ausdrücklich, auf folgende Tatsachen hingewiesen worden zu sein:

| |
|--|
| <p>Ich versichere, dass ich die Angaben richtig und vollständig gemacht habe.</p> <p>Jede Änderung von Einkommens-, Vermögens-, Familien- oder Wohnverhältnissen muss unaufgefordert binnen zwei Wochen der zuständigen Behörde mitgeteilt werden.</p> <p>Die Kosten für eine Hauptleistung, die aufgrund falscher, nicht bekannt gegebener oder verschwiegener Angaben bzw. Änderungen gewährt wurden, sind zurückzuerstatten.</p> <p>Der/Die Leistungsempfänger/in wird ab Beginn der beantragten Leistung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zur Zahlung eines Beitrags herangezogen.</p> <p>Ich stimme hiermit der Weitergabe von beitragsrelevanten Daten an die jeweiligen Leistungserbringer zu.</p> |
|--|

Ich stimme hiermit der automationsunterstützten Verarbeitung meiner Daten und dem automationsunterstützten Datenverkehr im Sinne der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000 i.d.g.F. zu.

_____, am _____, Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

- des/der Leistungsempfängers/in
- des/der gesetzlichen Vertreters/in
- des/der Sachwalters/in