

SOZIALE REHABILITATION

Antrag auf Gewährung von Förderungsmitteln



LAND
OBERÖSTERREICH

Kundendienststunden:
Montag bis Freitag, 8 bis 12 Uhr, nachmittags nach Vereinbarung

Amt der Oö. Landesregierung

Direktion Soziales und Gesundheit
Abteilung Soziales
Bahnhofplatz 1
4021 Linz

SGD-So/E-13

Eingangsstempel

Zutreffendes ankreuzen!

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> elektronische Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> spezielle Schulung für Menschen mit Sehbeeinträchtigung bzw. Blinde |
| <input type="checkbox"/> sonstige technische Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Hilfe in besonders schwierigen (behinderungsbedingten) finanziellen Lagen |
| <input type="checkbox"/> orthopädische Behelfe | <input type="checkbox"/> Wohnraumadaptierung |
| <input type="checkbox"/> Blindenführhund | <input type="checkbox"/> Eigenheim oder Mietwohnung |
| <input type="checkbox"/> Partner- und Rollstuhlhund | |
| <input type="checkbox"/> Lenkberechtigung | |

Persönliche Daten des Menschen mit Beeinträchtigung

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

Bankverbindung	Bankinstitut _____
	BLZ _____ Konto-Nr. _____
	Kontoinhaber _____

Art der Beeinträchtigung	_____ seit _____
Ursachen der Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
	<input type="checkbox"/> Freizeitunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall mit Fremdverschulden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegegeld	<input type="checkbox"/> Ja Stufe _____ <input type="checkbox"/> Nein

Im gemeinsamen Haushalt lebende Personen

Name	Verwandtschafts- verhältnis	Geburts- datum	Einkommen	Auszahlende Stelle
Antragsteller/in		-	-	

Beschreibung der Maßnahme / Begründung der Notwendigkeit

Kosten und Finanzierung

Gesamtkosten	Euro
Eigenleistung	Euro
Fremdleistung (z.B. Bank)	Euro

Andere Förderstellen (z.B. Krankenversicherung, Pensionsversicherung, Bundessozialamt)

Name der Förderstelle	Zutreffendes ankreuzen	Betrag
	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> zugesagt <input type="checkbox"/> abgelehnt	
	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> zugesagt <input type="checkbox"/> abgelehnt	
	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> zugesagt <input type="checkbox"/> abgelehnt	
	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> zugesagt <input type="checkbox"/> abgelehnt	

Wurde das Vorhaben bereits bezahlt? ja nein

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 und
- finanzielle Unterstützungen auch an Dritte (z.B. Firmen) ausgezahlt werden können, wenn dadurch den Zielen und Grundsätzen sozialer Hilfe besser entsprochen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Folgende Nachweise sind diesem Antrag beizulegen:

- Nachweis/e über das Haushaltseinkommen (z.B. Monatslohnzettel)
- Kopie des Behindertenpasses (beide Seiten)
- Ärztliches Gutachten oder Befund (zur Art der Beeinträchtigung)
- Kostenvoranschlag (mindestens zwei Vergleichsangebote)
- Entscheidung anderer Kostenträger (z.B. Krankenversicherung, Pensionsversicherung, Bundessozialamt, diverse Unterstützungsfonds)

Rückfragen:

Tel. (0732) 7720-DW 15168, DW 15329, DW 13854, DW 16281

E-Mail: so.post@ooe.gv.at