

# ANTRAG AUF ÄNDERUNG DES LEISTUNGSUMFANGS / LEISTUNGSBEREICHS / HILFEBEDARFS

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



LAND

OBERÖSTERREICH

Zutreffendes ankreuzen!

GSGD-So/E-39

Dieser Antrag wird

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

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

## Leistungsempfänger/in

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____ Titel _____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	_____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____

## Folgende Änderung des Leistungsumfangs, des Leistungsbereichs oder des Hilfsbedarfs 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, im Leistungsbereich)

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 Leistungsempfängers/-empfängerin

<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 Einkommensverhältnisse seit dem letzten Antrag:

<input type="checkbox"/> ja, die Einkommensverhältnisse haben sich geändert (Nachweis beilegen)
<input type="checkbox"/> nein, die Einkommensverhältnisse haben sich nicht geändert

## Erwachsenenvertreter/in / gesetzliche/r Vertreter/in / Bevollmächtigte/r

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____ Titel _____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Anschrift	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

**Erforderliche Unterlagen (entsprechend der beantragten Leistung):**

Bitte übermitteln Sie **keine Originalunterlagen**, da diese nach elektronischer Erfassung nicht retourniert werden können.

- Fördervorschlag der Trägereinrichtung \*)
- 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 (z.B. Lohnzettel, Einkommensteuerbescheide, . . .)**

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

**HINWEIS:**

**Eine Bearbeitung ist nur dann möglich, wenn alle erforderlichen Unterlagen angeschlossen sind. In Einzelfällen steht es im Ermessen der entscheidenden Behörde, noch weitere Unterlagen anzufordern.**

\*) Soweit vorhanden

**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-, Familien- oder Wohnverhältnissen muss unaufgefordert binnen zwei Wochen der zuständigen Behörde mitgeteilt werden.  
 Die Kosten für eine Hauptleistung, die aufgrund falscher, nicht bekannt gegebener oder verschwiegener Angaben bzw. Änderungen gewährt wurden, sind zurückzuerstatten.  
 Der/Die Leistungsempfänger/in wird ab Beginn der beantragten Leistung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zur Zahlung eines Beitrags herangezogen.

**HINWEIS NACH EU DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG**

1. Das Amt der Oö. Landesregierung und die Bezirksverwaltungsbehörden sind gemeinsam Verantwortliche im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung.
2. Datenschutzbeauftragte sind:

Für das Amt der Oö. Landesregierung und die Bezirkshauptmannschaften:  
 KPMG Security Services GmbH  
 Adresse: Kudlichstraße 41, 4020 Linz  
 E-Mail: DSBA-LandOOE@kpmg.at  
 Telefon: +(43) 732 6938 2610

Für den Magistrat der Stadt Steyr:  
 Datenschutz konform GmbH,  
 Hrn. Dkfm. Dieter Raible  
 Spittelwiese 6, 4020 Linz,  
 E-Mail: d.raible@dsgvo-konform.at

Für den Magistrat der Stadt Linz:  
 Mag. Ing. Markus Oman,  
 CSE (O.P.P.), Tel: 0732 7070,  
 E-Mail: datenschutz@mag.linz.at

Für den Magistrat der Stadt Wels:  
 Mag. Ing. Markus Oman,  
 CSE (O.P.P.), Tel: 07242 235-0,  
 E-Mail: datenschutz@wels.gv.at

3. Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten erfolgt gemäß § 47 Oö. Chancengleichheitsgesetz bzw. ist für die Erbringung der beantragten Leistung erforderlich.
4. Die erhobenen personenbezogenen Daten werden im Bedarfsfall an folgende Empfänger übermittelt: Erbringer von Leistungen nach dem Oö. Chancengleichheitsgesetz, Träger der Sozialhilfe bzw. bedarfsorientierten Mindestsicherung sowie ersuchte oder beauftragte Behörden
5. Die Aufbewahrungsdauer der einzelnen Datenverarbeitungen ergibt sich zum einen aus speziellen gesetzlichen Bestimmungen bzw. aus den jeweiligen Skartierungsvorschriften. Die oö. Landesverwaltung hat gemäß § 3 Oö. Archivgesetz alle Unterlagen, die sie nicht mehr ständig benötigen, nach Ablauf einer durch die Organisationsvorschriften (Skartierungsvorschriften) festgelegten Frist oder spätestens nach 30 Jahren dem Oö. Landesarchiv zur Übernahme (Prüfung der Archivwürdigkeit) anzubieten (Maximalfristen).
6. Nach den Art. 15 ff DSGVO besteht grundsätzlich ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch sowie in bestimmten Fällen auf Datenübertragbarkeit.
7. Die von der Datenverarbeitung betroffene Person hat das Recht, aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Art. 6 Abs. 1 lit. e oder f DSGVO erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein auf diese Bestimmungen gestütztes Profiling (Art. 21 Abs. 2 DSGVO). Gemäß Art. 21 Abs. 2 DSGVO besteht ein Widerspruchsrecht bei Direktwerbung. Bitte beachten Sie, dass ein Widerspruch nicht zielführend ist, wenn die Datenverarbeitung aus zwingenden schutzwürdigen Gründen erforderlich ist.
8. Für allfällige datenschutzrechtliche Beschwerden ist die Österreichische Datenschutzbehörde (Barichgasse 40-42, 1030 Wien) zuständig.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

- des/der Leistungsempfängers/in
- des/der gesetzlichen Vertreters/in
- des/der Bevollmächtigten
- des/der Erwachsenenvertreters/in