

ANTRAG AUF GEWÄHRUNG EINER LEISTUNG

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



LAND

OBERÖSTERREICH

Zutreffendes ankreuzen!

GSGD-So/E-35

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	_____

Arten der Hauptleistungen

Folgende Leistungen werden beantragt:

Heilbehandlung	<input type="checkbox"/> Hippotherapie <input type="checkbox"/> Konduktive Mehrfachtherapie <input type="checkbox"/> Leistungen für Gehörlose <input type="checkbox"/> Leistungen der Krankenbehandlung ambulant und stationär
in/im	_____
Frühförderung	<input type="checkbox"/> Allgemeine Frühförderung <input type="checkbox"/> Sehfrühförderung <input type="checkbox"/> Frühe Kommunikationsförderung <input type="checkbox"/> Familienbegleitung (nur in Verbindung mit Allgemeiner Frühförderung)
in/im	_____
Arbeit und fähigkeitsorientierte Aktivität	<input type="checkbox"/> Berufliche Qualifizierung in/im _____ <input type="checkbox"/> Geschützte Arbeit in/im _____ <input type="checkbox"/> Fähigkeitsorientierte Aktivität in/im _____ <input type="checkbox"/> Arbeitsbegleitung in/im _____ Trainingsmaßnahmen: <input type="checkbox"/> Rehabilitation und Integration sehbehinderter und späterblindeter Menschen in/im _____ <input type="checkbox"/> Individualförderung durch Rehabilitation und Integration sehbehinderter und späterblindeter Menschen in/im _____
Wohnen	<input type="checkbox"/> Wohnmöglichkeit in einer Wohnung / Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> Wohnmöglichkeit in einem Wohnheim Einrichtung (Adresse bitte angeben) _____ _____
Persönliche Assistenz	<input type="checkbox"/> in Form des Trägermodells durch _____ <input type="checkbox"/> in Form des Auftraggebermodells durch _____
<input type="checkbox"/> Mobile Betreuung und Hilfe	durch _____

ChG 1

Leistungsempfänger/in

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

Welche Art der Beeinträchtigung liegt vor? (Mehrfachnennung möglich)

Beeinträchtigungsarten:		
<input type="checkbox"/> Geistige Beeinträchtigung		
<input type="checkbox"/> Körperliche Beeinträchtigung _____		
<input type="checkbox"/> Gehbeeinträchtigung		
<input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer/in:	wenn ja: <input type="checkbox"/> Elektro-Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Hand-Rollstuhl
<input type="checkbox"/> Psychische Beeinträchtigung		
Sinnesbeeinträchtigung:		
<input type="checkbox"/> stark sehbeeinträchtigt bis blind	<input type="checkbox"/> schwerhörig bis gehörlos	<input type="checkbox"/> taubblind
<input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung		
Spezifische Beeinträchtigungen		
<input type="checkbox"/> Apalliker	<input type="checkbox"/> Chorea Huntington	<input type="checkbox"/> Suchterkrankung
<input type="checkbox"/> Autismus	<input type="checkbox"/> Organisches Psychosyndrom	
<input type="checkbox"/> Non-Compliance		
<input type="checkbox"/> Sonstige Beeinträchtigung _____		

Versicherung des/der Leistungsempfängers/in

Krankenversicherungsträger _____	Soz.-Vers.-Nr. _____
<input type="checkbox"/> hauptversichert	
<input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name) _____	
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in _____	
<input type="checkbox"/> selbstversichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert (siehe ChG 5)

Pflegegeldbezug des/der Leistungsempfängers/in

<input type="checkbox"/> Bundespflegegeld	<input type="checkbox"/> beantragt am _____	<input type="checkbox"/> 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

--

Erwachsenenvertreter/in **gesetzliche/r Vertreter/in** **Bevollmächtigte/r/**

Nachweis über die Bestellung des/der Erwachsenenvertreters/in

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____ Titel _____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Staatsbürgerschaft	
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-/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 eine Peer-Beraterin/ein Peer-Berater bei der Assistenzkonferenz anwesend sein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist eine Vorberatung durch eine Peer-Beraterin/einen Peer-Berater erwünscht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Der/Die Leistungsempfänger/in ist sorgepflichtig für

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ 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	Familien-/Nachname _____ Vorname _____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ 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	Familien-/Nachname _____ Vorname _____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____
Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Dienstgeber	
Einkommensverhältnisse (Höhe)	Euro

Vater

Name	Familien-/Nachname _____																					
	Vorname _____ Titel _____																					
Sozialversicherungsnummer	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> (Beispiel: 1234TTMMJJ)																					
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Sonstige _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____ <input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____																					
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 _____																					
<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Landwirt <input type="checkbox"/> Pensionist <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges _____																						
Dienstgeber		beschäftigt seit																				
Pensionsversicherung		Pens. Vers. Nr.																				

Mutter

Name	Familien-/Nachname _____																					
	Vorname _____ Titel _____																					
Sozialversicherungsnummer	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> (Beispiel: 1234TTMMJJ)																					
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Sonstige _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____ <input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____																					
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 _____																					
<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Landwirt <input type="checkbox"/> Pensionist <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges _____																						
Dienstgeber		beschäftigt seit																				
Pensionsversicherung		Pens. Vers. Nr.																				

Stiefvater/Pflegevater

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____ Titel _____																					
Sozialversicherungsnummer	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> (Beispiel: 1234TTMMJJ)																					
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Sonstige _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____ <input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____																					
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 _____																					
<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Landwirt <input type="checkbox"/> Pensionist <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges _____																						
Dienstgeber		beschäftigt seit																				
Pensionsversicherung		Pens. Vers. Nr.																				

Stiefmutter/Pflegemutter

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____ Titel _____																					
Sozialversicherungsnummer	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> (Beispiel: 1234TTMMJJ)																					
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Sonstige _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____ <input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____																					
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 _____																					
<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Landwirt <input type="checkbox"/> Pensionist <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges _____																						
Dienstgeber		beschäftigt seit																				
Pensionsversicherung		Pens. Vers. Nr.																				

Bezug der Familienbeihilfe

 entfällt

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

 entfällt

Name	Familien-/Nachname _____																			
	Vorname _____ Titel _____																			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich																			
Sozialversicherungsnummer	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> (Beispiel: 1234TTMMJJ)																			
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____																			
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in																				

Einkommensverhältnisse

Jedes Einkommen ist nachweislich zu belegen!

Wovon bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt? _____

Einkommensverhältnisse des/der Leistungsempfängers/in

 Pension, Rente ohne Ausgleichszulage / Pension, Rente mit Ausgleichszulage

 entfällt

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

 Selbstständige Erwerbstätigkeit / Unselbstständige Erwerbstätigkeit

 entfällt

Betrag monatlich	Euro	Bezug seit
Art der Tätigkeit		
Dienstgeber (nur bei unselbst- ständiger Erwerbstätigkeit)		
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____	

Sonstige Beschäftigung

entfällt

Betrag monatlich	Euro	Bezug seit
Art der Tätigkeit		
Dienstgeber		
Anschrift	PLZ _____ Ort _____	
	Straße _____	Nr. _____

Leibrenten und sonstige vertragliche Geldleistungen zur Deckung des Lebensbedarfs

entfällt

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

Unterhaltsleistungen/Alimente

entfällt

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

Vermietung und Verpachtung

entfällt

Art des Vermögens	
Betrag	Euro

Einkünfte aus Kapitalvermögen

Art des Kapitalvermögens		
Betrag monatlich	_____ Euro	Bezug seit _____

Leistungen, die für den/die Leistungsempfänger/in bezogen werden

Leistungen vom Dienstgeber (Kinderzulage, Haushaltszulage, . . .) entfällt

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

Kinderzuschuss zur Pension / Erhöhungsbetrag zur Ausgleichszulage entfällt

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

Erforderliche Unterlagen (entsprechend der beantragten Leistung):

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

- | | |
|--|--|
| <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"/> Schnupperbericht der Trägereinrichtung *) | <input type="checkbox"/> Nachweis der Vertretungsbefugnis (in Kopie) |
| <input type="checkbox"/> Berufsberatungsgutachten des AMS *) | <input type="checkbox"/> Nachweis über Bezug des Bundespflegegeldes (Bescheid) |
| <input type="checkbox"/> Bezugsbestätigung für Familienbeihilfe | |
| <input type="checkbox"/> Nachsichtsansuchen (bei Nicht-Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen) | |
| Einkommensnachweise (in Kopie) | |
| Niederlassungsbewilligung (in Kopie) | |
| Beschäftigungsbewilligung (in Kopie) | |

Nachweise bzgl. Einkommen (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"/> _____

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.

Im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen kann es dazu kommen, dass der/die Leistungsempfänger/in bzw. eine dazu verpflichtete Person (zB Erben, Eltern im Rahmen der Unterhaltspflicht, ...) einen Kostenersatz für erbrachte Leistungen nach diesem Landesgesetz erbringen muss.

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