

# 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 _____<br>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<br><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<br><input type="checkbox"/> Familienbegleitung (nur in Verbindung mit Allgemeiner Frühförderung)   |
| 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"/> Arbeitsbegleitung      in/im _____<br>Trainingsmaßnahmen:<br><input type="checkbox"/> Rehabilitation und Integration sehbehinderter und späterblindeter Menschen<br>in/im _____<br><input type="checkbox"/> Individualförderung durch Rehabilitation und Integration sehbehinderter und späterblindeter Menschen<br>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>_____  |
| Persönliche Assistenz                               | <input type="checkbox"/> in Form des Trägermodells durch _____<br><input type="checkbox"/> in Form des Auftraggebermodells durch _____  |
| <input type="checkbox"/> Mobile Betreuung und Hilfe | durch _____   |

ChG 1

## Leistungsempfänger/in

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

## Welche Art der Beeinträchtigung liegt vor? (Mehrfachnennung möglich)

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Beeinträchtigungsarten:</b>                              |   |  |
| <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            |   |  |
| <b>Spezifische Beeinträchtigungen</b>                       |   |  |
| <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 _____<br>Vorname _____ Titel _____                                    |
| Geschlecht   | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich                      |
| Geburtsdatum   |  |
| Staatsbürgerschaft   |  |
| Anschrift  | PLZ _____ Ort _____<br>Straße _____ Nr. _____<br>Telefon _____ Fax _____<br>E-Mail _____ |
| 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 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 _____<br>Vorname _____   |
| Geschlecht                    | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich   |
| Geburtsdatum                  |   |
| Anschrift                     | 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                          | Familien-/Nachname _____<br>Vorname _____   |
| Geschlecht                    | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich   |
| Geburtsdatum                  |   |
| Anschrift                     | 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                          | Familien-/Nachname _____<br>Vorname _____   |
| Geschlecht                    | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich   |
| Geburtsdatum                  |   |
| Anschrift                     | 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  | 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 _____<br><input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____<br><input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Familienstand   | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Anschrift   | PLZ _____ Ort _____<br>Straße _____ Nr. _____<br>Telefon _____ Fax _____<br>E-Mail _____   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <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  | 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 _____<br><input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____<br><input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Familienstand   | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Anschrift   | PLZ _____ Ort _____<br>Straße _____ Nr. _____<br>Telefon _____ Fax _____<br>E-Mail _____   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <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.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 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 _____<br><input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____<br><input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Familienstand   | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Anschrift   | PLZ _____ Ort _____<br>Straße _____ Nr. _____<br>Telefon _____ Fax _____<br>E-Mail _____   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <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  | 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 _____<br><input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____<br><input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Familienstand   | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet<br><input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Anschrift   | PLZ _____ Ort _____<br>Straße _____ Nr. _____<br>Telefon _____ Fax _____<br>E-Mail _____   |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <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.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



**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/<br>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 <span style="margin-left: 100px;">Bezug seit</span>          |
| 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 <span style="margin-left: 100px;">Bezug seit</span>          |
| 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<br><input type="checkbox"/> Ärztlicher Verordnungsschein *)<br><input type="checkbox"/> Maßnahmenvorschlag der Trägereinrichtung *)<br><input type="checkbox"/> Schnupperbericht der Trägereinrichtung *)<br><input type="checkbox"/> Berufsberatungsgutachten des AMS *)<br><input type="checkbox"/> Bezugsbestätigung für Familienbeihilfe<br><input type="checkbox"/> Nachsichtsansuchen (bei Nicht-Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen)<br>Einkommensnachweise (in Kopie)<br>Niederlassungsbewilligung (in Kopie)<br>Beschäftigungsbewilligung (in Kopie) | <input type="checkbox"/> Ärztliches Gutachten, Befunde *)<br><input type="checkbox"/> Fördervorschlag der Trägereinrichtung *)<br><input type="checkbox"/> Psychologisches Entwicklungsprofil *)<br><input type="checkbox"/> Nachweis der Vertretungsbefugnis (in Kopie)<br><input type="checkbox"/> Nachweis über Bezug des Bundespflegegeldes (Bescheid) |
|---|--|

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