

ANTRAG AUF GEWÄHRUNG EINER LEISTUNG

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



LAND
OBERÖSTERREICH

Zutreffendes ankreuzen!

SGD-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 und Schulassistenten	<input type="checkbox"/> Allgemeine Frühförderung <input type="checkbox"/> Sehfrühförderung <input type="checkbox"/> Frühe Kommunikationsförderung <input type="checkbox"/> Schulassistenten <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"/> Arbeitsassistenten und Arbeitsbegleitung in/im _____ Trainingsmaßnahmen: <input type="checkbox"/> Individualförderung in/im _____ <input type="checkbox"/> Rehabilitation und Integration Sehbehinderter und Späterblindeter 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

--

Sachwalter/in gesetzliche/r Vertreter/in

Sachwalterbestellungsbeschluss (in Kopie) beilegen

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 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

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" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> (Beispiel: 1234TTMMJJ)																				
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____																				
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in																					

Einkommens- und Vermögensverhältnisse

Jedes Einkommen bzw. Vermögen ist nachweislich zu belegen!

Wovon bestreiten Sie Ihren Lebensunterhalt? _____

Einkommens- und Vermögensverhältnisse 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. _____	

 Selbstständige Erwerbstätigkeit / Unselbstständige Erwerbstätigkeit

 entfällt

Betrag monatlich	Euro	Bezug seit
Art der Tätigkeit		
Dienstgeber (nur bei unselbstständiger 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

Vermögen (aktueller Wert)

<input type="checkbox"/> Kontenguthaben	_____ Euro	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Bargeld, Sparbücher, Sparkonten	_____ Euro	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Bausparvertrag	_____ Euro	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Wertpapiere, Aktien, ...	_____ Euro	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Begräbniskostenvorsorge	_____ Euro bei _____	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Haus- und Grundbesitz	_____ Euro Katastralgemeine / Einlagezahl _____	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Sonstige Vermögenswerte	_____ Euro Welche? _____	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Übertragene / übergebene Vermögenswerte	Wurde in den letzten 5 Jahren Vermögen verschenkt?	
	<input type="checkbox"/> ja, Empfänger/-in _____	<input type="checkbox"/> nein
	Welches Vermögen wurde übergeben _____	
	Besteht eine Lebensversicherung zu Gunsten eines/r Dritten?	
	<input type="checkbox"/> ja, Begünstigte Person _____	<input type="checkbox"/> nein
	Haben Sie Rechte aus bereits früher abgeschlossenen Übergabsverträgen?	
	<input type="checkbox"/> ja, welche _____	<input type="checkbox"/> nein

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

Nachweise bzgl. Einkommen/Vermögen (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-, Vermögens-, 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.

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

Ort, Datum

Unterschrift

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