

Antrag auf Hilfeleistung nach dem
 Steiermärkischen Behindertengesetz
 2004, LGBl, 26/2004 i.d.g.F

Eingangsstempel
 Sozialamt

Referat für Behindertenhilfe
 Schmiedgasse 26 2.OG Zi. 201-203 | 8011 Graz
 Tel.: +43 316 872-6431
 Fax: +43 316 872-6409

Angestrebte Hilfeleistung

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heilbehandlung, z.B. Therapien | <input type="checkbox"/> Beschäftigung in Tageseinrichtungen |
| <input type="checkbox"/> Körperersatzstücke, orthopädische Behelfe oder andere Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Wohnen in Einrichtungen |
| <input type="checkbox"/> Erziehung und Schulbildung, z.B. Frühförder. | <input type="checkbox"/> Wohnen mit Mietzinshilfe |
| <input type="checkbox"/> Berufliche Eingliederung, z.B. Ausbildung | <input type="checkbox"/> Übernahme von Entgelten in Pflegeheimen |
| <input type="checkbox"/> Lebensunterhalt | <input type="checkbox"/> Hilfe zum Wohnen |
| <input type="checkbox"/> Lohnkostenzuschuss | <input type="checkbox"/> Entlastung der Familie und Gestaltung der Freizeit |
| <input type="checkbox"/> Unterstützte Beschäftigung | <input type="checkbox"/> Übernahme der Fahrtkosten |
| | <input type="checkbox"/> Persönliches Budget (Selbsteinschätzungsbogen beachten!) |

Anmerkung zur beantragten Hilfe

Wird jedoch im einzuholenden Gutachten eine andere Hilfeleistung vorgeschlagen, so ist vor Entscheidung der Bezirksverwaltungsbehörde keine formelle Antragsänderung erforderlich!

Daten zum Menschen mit Behinderung

Familienname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="radio"/> männl. <input type="radio"/> weibl.
Straße	<input type="text"/>	Hausnr.	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>	PLZ	<input type="text"/>
Telefon/Mobil	<input type="text"/>		
E-Mail	<input type="text"/>		
Familienstand	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> Lebensgemeinschaft		
Staatbürgerschaft	<input type="radio"/> Österreich		
	<input type="radio"/> Sonstige <input type="text"/>		
	<input type="radio"/> Niederlassungsbewilligung bis <input type="text"/>		

Bankverbindung

Bankinstitut	<input type="text"/>	BLZ	<input type="text"/>
Kontoinhaber/in	<input type="text"/>	Konto Nr.	<input type="text"/>

Bankverbindung für die Anweisung des „Persönlichen Budgets“ (nur angeben wenn beantragt)

Bankinstitut	<input type="text"/>	BLZ	<input type="text"/>
Kontoinhaber/in	<input type="text"/>	Konto Nr.	<input type="text"/>

Vorheriger Aufenthalt

von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	in	<input type="text"/>
von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	in	<input type="text"/>
von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	in	<input type="text"/>

Bisherige Schulbildung

Erwerbstätigkeit

Beschäftigt bei Firma	<input type="text"/>	mtl. Einkommen	<input type="text"/>
Selbständig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	mtl. Einkommen	<input type="text"/>

Pensionsbezug

Pensionsauszahlende Stelle	<input type="text"/>		
Pensionsbeginn	<input type="text"/>	mtl. Bezug	<input type="text"/>

Leistungen von anderen Sozialhilfeträgern

Behinderten-, Sozialhilfe oder Leistungen der Jugendwohlfahrt wurde in letzter Zeit von anderen Sozialhilfeträgern gewährt:

<input type="radio"/> nein	
<input type="radio"/> ja von Bezirkshauptmannschaft/Magistrat	<input type="text"/>
Leistung/Zeitraum	<input type="text"/>

Pflegegeldbezug des Menschen mit Behinderung

Landespflegegeld

Bundespflegegeld

Stufe

kein Bezug

Anerkennung nach dem Behinderteneinstellgesetz

nein ja (Bescheid vom Bundessozialamt in Kopie beilegen)

Sonstige weitere Unterstützungsleistungen bzw. Beihilfen

nein ja, welche

<input type="text"/>	mtl. Bezug	<input type="text"/>
----------------------	------------	----------------------

<input type="text"/>	mtl. Bezug	<input type="text"/>
----------------------	------------	----------------------

<input type="text"/>	mtl. Bezug	<input type="text"/>
----------------------	------------	----------------------

Versicherung des Menschen mit Behinderung

Krankenversicherungsträger

Soz. Vers.-Nr

hauptversichert

mitversichert bei (Name)

Sachwalter (Sachwalterbeschluss in Kopie beilegen)

Familienname

Geburtsdatum

Vorname

Geschlecht männl. weibl.

Straße

Hausnr.

Ort

PLZ

Telefon/Mobil

E-Mail

Ist derzeit ein Verfahren betreffend Bestellung eines Sachwalters anhängig? nein ja

Haushaltsangehörige

(Personen im gemeinsamen Haushalt (Ehegatte/in, Lebensgefährte/in, Eltern, Kinder, Geschwister, Sonst.)

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Einkommen netto

Beilagen zum Akt

- Rechnung/Kostenvoranschlag
- Ärztliche Gutachten, Befunde
- Verordnungsschein für Therapie
- Verordnungsschein und Kostenvoranschlag für Heilbehelf
- Einkommensnachweis
- Niederlassungsbewilligung
- Bescheid über Anerkennung beim Bundessozialamt
- Behindertenausweis vom Bundessozialamt
- Beschluss über Sachwalterschaft
- Selbsteinschätzungsbogen für persönliches Budget
-
-
-

Bestätigung und Unterschrift des/der Antragstellers/in

Ich bestätige mit meiner Unterschrift ausdrücklich, darauf hingewiesen worden zu sein,

- a) dass wissentlich falsche Angaben oder absichtliches Verschweigen von Einkommen aller Art und von Tatsachen, die zur Feststellung der Anspruchsberechtigung notwendig sind, als Betrug strafrechtlich verfolgt werden können.
- b) dass wissentlich falsche Angaben oder absichtliches Verschweigen von Einkommen aller Art und von Tatsachen, die zur Feststellung der Anspruchsberechtigung notwendig sind, als Betrug strafrechtlich verfolgt werden können.
- c) dass ich und die für mich gesetzlich unterhaltspflichtigen Personen verpflichtet werden können, zu den Kosten einer Hilfeleistung im Sinne des § 39 Abs. 1 des Stmk. Behindertengesetzes (LGBl. 26 v. 25.6.2004 i.d.g.F.) einen angemessenen Beitrag zu leisten.
- d) dass an dem Verfahren beteiligte Sachverständige (IHB) berechtigt sind, zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs notwendige medizinische Unterlagen und Gutachten von Ärzten/Ärztinnen, Krankenhäusern und Instituten (für den Zeitraum des laufenden Verfahrens) einzuholen.
- e) dass ein allfälliger Leistungsbescheid nachrichtlich an den Leistungserbringer ergehen kann.

Datum

Unterschrift

- des Menschen mit Behinderung
- des/der gesetzlichen Vertreters/in
- des/der Sachwalters/in