INFO

Antrag auf Hilfeleistung nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz

Eingangsstempel
Sozialamt

Stadt Graz | Sozialamt
Referat für Behindertenhilfe

Schmiedgasse 26 | 8011 Graz
Tel.: +43 316 872-6432
Fax: +43 316 872-6409
behindertenhilfe@stadt.graz.at

Angestrebte Hilfeleistung

- ☐ Heilbehandlung (§ 5) z.B. Zuzahlung zu Therapien
- ☐ Erziehung (§ 7) z.B. Frühförderung
- ☐ Teilhabe an Beschäftigung in der Arbeitswelt (§ 8) - TaB
- ☐ Tageseinrichtungen (§ 16) - z.B. Werkstätten oder Beschäftigung
- ☐ Hilfe zum Wohnen (§ 21) Wohnassistenz in der eigenen Wohnung
- ☐ Wohneinrichtungen (§ 18) Wohnen in betreuten Wohneinrichtungen z.B. vollzeitbetreutes Wohnen
- ☐ Übernahme der Fahrtkosten
- ☐ Freizeitgestaltung (§ 21a) - Freizteitassistenz
- ☐ Familienentlastung (§ 22)
- ☐ Körperersatzstücke, orthopädische Behelfe oder andere Hilfsmittel (§ 6) z.B. Zuzahlung zum Rollstuhl
- ☐ Zuschuss für behindertengerechte Ausstattung von Kraftfahrzeugen (§ 24a)
- ☐ Zuschuss für notwendige bauliche Änderungen der Wohnung oder des Wohnhauses (§ 25a)
- ☐ Lebensunterhalt (§ 9)
- ☐ Mietzinsbeihilfe (§ 20)
- ☐ Persönliches Budget (§ 22a)

Anmerkung zur beantragten Hilfe

Daten zum Menschen mit Behinderung

Familienname		Geburtsdatum	
Vorname			
Straße		Hausnr.	
Ort		PLZ	
Telefon/Mobil			
E-Mail			

Familienstand ○ ledig ○ verheiratet ○ geschieden
○ verwitwet ○ Lebensgemeinschaft ○ eingetragene Partnerschaft

Staatbürgerschaft ○ Österreich
○ Sonstige
○ Aufenthaltstitel bis

Alle Eingaben löschen | weiter >>

Bankverbindung

Bankinstitut _____ KontoinhaberIn _____

IBAN _____ BIC _____

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

Bankinstitut _____ KontoinhaberIn _____

IBAN _____ BIC _____

Erwerbstätigkeit

Beschäftigt bei Firma _____ Netto-Einkommen _____

Selbständig ◯ ja ◯ nein Netto-Einkommen _____

Pensionsbezug

Pensionsauszahlende Stelle _____

Pensionsbeginn _____ mtl. Bezug _____

Leistungen von anderen Sozialhilfeträgern

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

◯ nein

◯ ja von Bezirkshauptmannschaft/Magistrat _____

Leistung/Zeitraum _____

Pflegegeldbezug des Menschen mit Behinderung

◯ Pflegegeld Stufe _____ ◯ kein Bezug

Anerkennung nach dem Behinderteneinstellungsgesetz

◯ nein ◯ ja (Bescheid vom Bundessozialamt in Kopie beilegen)

Versicherung des Menschen mit Behinderung

Krankenversicherungsträger _____ Soz. Vers.-Nr _____

◯ hauptversichert ◯ mitversichert bei (Name) _____

<< zurück | Alle Eingaben löschen | weiter >>

Vertretung (Vollmacht oder Gerichtsbeschluss in Kopie beilegen)

Familienname _____ Geburtsdatum _____

Vorname _____

Straße _____ Hausnr. _____

Ort _____ PLZ _____

Telefon/Mobil _____

E-Mail _____

Ist derzeit ein Verfahren betreffend Bestellung einer gerichtlichen Erwachsenenvertretung anhängig? ○ nein ○ ja

Haushaltsangehörige

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

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Einkommen netto

Beilagen zum Antrag

- ☐ Lichtbildausweis (Kopie)
- ☐ Rechnung/Kostenvoranschlag
- ☐ Ärztliche Gutachten, Befunde
- ☐ Verordnungsschein für Therapie
- ☐ Verordnungsschein und Kostenvoranschlag für Heilbehelf
- ☐ Einkommensnachweis
- ☐ Aktueller Pflegegeldbescheid
- ☐ Nachweis über die Höhe der Familienbeihilfe
- ☐ Aufenthaltstitel
- ☐ Bescheid über Anerkennung beim Bundessozialamt
- ☐ Behindertenausweis vom Bundessozialamt
- ☐ Vertretungsnachweis
- ☐ Selbsteinschätzungsbogen für persönliches Budget

☐ _____

☐ _____

☐ _____

<< zurück | Alle Eingaben löschen | weiter >>

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten für die Bearbeitung dieses Antrags und für die Anweisung/Auszahlung bewilligter Leistungen durch die Stadt verarbeitet werden. Ich bin berechtigt, die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung jederzeit gegenüber dem Sozialamt einseitig und schriftlich zu widerrufen. Die Verwendung der Daten auf Grund gesetzlicher Bestimmungen bleibt davon unberührt. Ich stimme zu, dass das Sozialamt die Richtigkeit der angegebenen Daten in elektronischen Registern (z.B. Melderegister, Vereinsregister) überprüft (§ 17 Abs. 2 E-Government-Gesetz). Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Stadt Graz, Sozialamt. Datenkategorien, Empfänger und Rechtsgrundlage der Verarbeitung sind im Datenverarbeitungsregister registriert und unter dem Link DVR 0051853/229 veröffentlicht. Allgemeine Informationen zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung der Stadt Graz.

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 ich verpflichtet bin, jede Änderung meiner Einkommens-, Vermögens- und Familienverhältnisse unaufgefordert der Bezirksverwaltungsbehörde mitzuteilen,

c) dass ich und die für mich gesetzlich unterhaltspflichtigen Angehörigen verpflichtet werden können, zu den Kosten einer stationären oder bestimmten mobilen Maßnahme sowie Geldleistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen einen Kostenbeitrag bzw. Selbstbehalt zu leisten,

d) dass Erben eines Menschen mit Behinderung, soweit der Nachlass hierzu ausreicht, ersatzpflichtig für alle dem Menschen mit Behinderung gewährten Geldleistungen, die zum Todeszeitpunkt noch nicht verbraucht wurden, sind.

e) 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,

f) dass zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages Auskünfte bei folgenden Stellen eingeholt werden dürfen: Arbeitsmarktservice Graz, zuständige Krankenkasse, Finanzamt, zuständige Pensionsversicherungsanstalten und stimme ich der Weitergabe der erforderlichen Auskünfte durch die angeführten Stellen an das Referat für Behindertenhilfe– Sozialamt zu. Die in den Auskünften enthaltenen Daten werden vom Referat für Behindertenhilfe – Sozialamt ausschließlich zum Zweck der Beurteilung meines Leistungsanspruches gemäß den Bestimmungen des Steiermärkischen Behindertengesetztes verarbeitet. Diese Zustimmungserklärung kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

g) dass ein allfälliger Leistungsbescheid nachrichtlich an den Leistungserbringer ergehen kann,

h) dass ich, wenn ich die Direktverrechnung bspw. von Fahrtkosten oder Anschaffungskosten von orthopädischen Behelfen zwischen Unternehmen und Behörde wünsche, dem Unternehmen eine Anweisungserlaubnis erteilen muss.

Datum

Unterschrift

- ○ des Menschen mit Behinderung
- ○ des/der Vertreters/in

weiter zur Datenschutz Zustimmungserklärung >>>

Datei speichern << zurück Alle Eingaben löschen Formular drucken << zurück zum Anfang