

An das
Sozialministeriumservice
Landesstelle

Eingangsstempel

ANSUCHEN

um **Gewährung einer Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds** für Menschen mit Behinderung (§ 22 des Bundesbehindertengesetzes)

HINWEIS:

Das Ansuchen ist **vor der Durchführung** des Vorhabens einzubringen.

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Daten des behinderten Menschen (= Förderungswerber/in):													
Familienname / Nachname		Vorname	Akadem. Titel										
Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> Versicherungsnummer										
wohnhaft: PLZ Ort		Straße, Haus-, Tür-Nr.											
Telefon (Büro, tagsüber, Handy):		FAX	E-Mail										
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet										
	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend	<input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend										
<input type="checkbox"/> Berufstätig	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig		<input type="checkbox"/> in Pension										
Vorliegende Gesundheitsschädigungen:													

Einkommen und Sorgepflichten:

Einkommen ist grundsätzlich jede regelmäßig zufließende Geldleistung.

Nicht zum Einkommen zählen folgende Leistungen:

Pflegegeld oder vergleichbare Leistungen aufgrund bundes- oder landesgesetzlicher Vorschriften; Sonderzahlungen; Grundrenten nach den Sozialentschädigungsgesetzen; Versehrtenrente oder vergleichbare Leistungen; Familienbeihilfe; Kinderbetreuungsgeld; Studienbeihilfe; Wohnbeihilfe; Leistungen nach den Sozialhilfegesetzen der Länder oder vergleichbare Leistungen sowie Familienförderungen nach landesgesetzlichen Vorschriften.

Einkommen des behinderten Menschen:

Monatlich netto	
Auszahlende Stelle	

Einkommen der Personen, die mit dem/der Antragsteller/in im gemeinsamen Haushalt leben:

Name Versicherungsnummer	Einkommen mtl. netto	auszahlende Stelle	Verwandtschafts- verhältnis

Sorgepflichten des behinderten Menschen:

.....

.....

Sorgepflichten des (der) unterhaltsverpflichteten Angehörigen:

.....

.....

Wieviele Personen leben insgesamt im gemeinsamen Haushalt?

Wird für den behinderten Menschen erhöhte Familienbeihilfe bezogen? ja nein

Wird Pflegegeld bezogen?

(Wenn ja, bitte Stufe angeben)

ja

nein

Wird für eine andere Person Familienbeihilfe bezogen?

ja

nein

Wird für eine Andere Person Pflegegeld bezogen?

(Wenn ja, bitte Stufe angeben)

ja

nein

Ich verpflichte mich, die Leistung zurückzuzahlen, wenn

- ich den Unterstützungsfonds über wesentliche Umstände unvollständig oder falsch unterrichtet habe,
- das geförderte Vorhaben nicht oder durch mein Verschulden nicht rechtzeitig durchgeführt wird,
- die Zuwendung widmungswidrig verwendet wird oder Bedingungen durch mein Verschulden nicht eingehalten werden,
- ich die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung vereitle.

Zugleich verpflichte ich mich, dem Unterstützungsfonds jederzeit die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung der gewährten Förderungsmittel durch Einsicht in die Bücher und Belege sowie durch Besichtigung an Ort und Stelle zu ermöglichen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Förderung aus dem Unterstützungsfonds nur unter den oben angeführten Bedingungen gewährt wird. Die Höhe des Zuschusses ist von den dem Unterstützungsfonds zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln abhängig. Auf Leistungen aus dem Unterstützungsfonds besteht kein Rechtsanspruch.

Ich werde darauf aufmerksam gemacht, dass mein Ansuchen erst nach Einlangen des ausgefüllten und unterfertigten Ansuchens bei der zuständigen Landesstelle des Sozialministeriumservice weiterbearbeitet wird.

Bei Gewährung einer Förderung in Höhe der offenen Restkosten erkläre ich mich mit einer direkten Verrechnung mit der Lieferfirma einverstanden.

Ich gebe meine Bankverbindung bekannt:	
Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers:	
bei der Bank:	
IBAN:	
BIC:	

Ich bin mit der Weiterleitung meines Ansuchens an konkret in Frage kommende Kostenträger/innen einverstanden.

ja nein

Hinweis: Vor einer Weiterleitung wird abgesehen, wenn dies ausdrücklich erwünscht wird.

Ich ermächtige den Unterstützungsfonds, die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu überprüfen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Sozialministeriumservice allenfalls bereits aufliegende, meine Person betreffende Gutachten ärztlicher Sachverständiger und sonstige aufliegende verfahrensrelevante Daten im nunmehr durchzuführenden Verfahren heranzieht. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des behinderten Menschen bzw. der zur Vertretung befugten Person

Folgende Beilagen (in Kopie) sind erforderlich:	liegt dem Antrag bei	liegt im Sozial- ministerium- service auf	wird nach- gereicht
▪ Kostenvoranschläge (ausgestellt auf die behinderte Person oder gesetzliche Vertretung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ aktuelle medizinische Unterlagen über die bestehende Gesundheitsschädigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ aktuelle Einkommensbelege des behinderten Menschen, der ihm gegenüber unterhaltsverpflichteten Personen und der in Partnerschaft lebenden Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Nachweis über die bezogene Familienbeihilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ allfällig vorliegende Entscheidungen anderer Kostenträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Meldezettel aller im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ bei Vertretung:			
Vollmacht bei Bevollmächtigung gem. § 10 AVG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschluss des Bezirksgerichtes bei Sachwalterschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registrierungsbestätigung des Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnisses (ÖZVV) bei Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorgevollmacht gem. § 284f ABGB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte übermitteln Sie Ihren Antrag an die in Ihrem Bundesland eingerichtete Landesstelle des Sozialministeriumservice:

Landesstelle Burgenland

Neusiedler Straße 46
7000 Eisenstadt
Tel. 02682 / 64 046

Landesstelle Oberösterreich

Gruberstraße 63
4021 Linz
Tel. 0732 / 76 04-0

Landesstelle Tirol

Herzog Friedrichstraße 3
6010 Innsbruck
Tel. 0512 / 56 31 01

Landesstelle Kärnten

Kumpfgasse 23 – 25
9020 Klagenfurt
Tel. 0463 / 58 64-0

Landesstelle Salzburg

Auerspergstraße 67a
5020 Salzburg
Tel. 0662 / 88 983-0

Landesstelle Vorarlberg

Rheinstraße 32/3
6900 Bregenz
Tel. 05574 / 68 38

Landesstelle Niederösterreich

Standort St. Pölten
Daniel Gran-Straße 8/3. Stock
3100 St. Pölten
Tel. 02742 / 31 22 24

Landesstelle Steiermark

Babenbergerstraße 35
8020 Graz
Tel. 0316 / 70 90

Landesstelle Wien

Babenbergerstraße 5
1010 Wien
Tel. 01 / 588 31

Telefon österreichweit 05 99 88