

Antrag auf Hilfeleistung nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz

Eingangsstempel
Sozialamt

Angestrebte Hilfeleistung

- | | |
|--|--|
| ☐ Heilbehandlung (§ 5) | ☐ Hilfe zum Wohnen (§ 21) |
| ☐ Körperersatzstücke, orthopädische Behelfe oder andere Hilfsmittel (§ 6) | ☐ Freizeitgestaltung (§ 21a) |
| ☐ Erziehung und Schulbildung (§ 7) | ☐ Familienentlastung (§ 22) |
| ☐ Teilhabe an Beschäftigung in der Arbeitswelt (§ 8) | ☐ Persönliches Budget (§ 22a) |
| ☐ Lebensunterhalt (§ 9) | ☐ Zuschuss für behindertengerechte Ausstattung von Kraftfahrzeugen (§ 24a) |
| ☐ Tageseinrichtungen (§ 16) | ☐ Zuschuss für notwendige bauliche Änderungen der Wohnung oder des Wohnhauses (§ 25a) |
| ☐ Wohneinrichtungen (§ 18) | ☐ Reisekosten wegen Ladung der Behörde (§ 38) |
| ☐ Übernahme der Entgelte in Pflegeheimen (§ 19) | ☐ Übernahme der Fahrtkosten |
| ☐ Mietzinsbeihilfe (§ 20) | |

Anmerkung zur beantragten Hilfe

Daten zum Menschen mit Behinderung

Familienname

Geburtsdatum

Vorname

Geschlecht ☐ männl. ☐ weibl.

Straße

Hausnr.

Ort

PLZ

Telefon/Mobil

E-Mail

Familienstand ☐ ledig

☐ verheiratet

☐ geschieden

☐ verwitwet

☐ Lebensgemeinschaft

☐ eingetragene Partnerschaft

Staatbürgerschaft ☐ Österreich

☐ Sonstige

☐ Aufenthaltstitel bis

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)

Vertretung (Vollmacht oder Gerichtsbeschluss in Kopie beilegen)

Familienname

Vorname

Straße

Ort

Telefon/Mobil

E-Mail

Geburtsdatum

Geschlecht ☐ männl. ☐ weibl.

Hausnr.

PLZ

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
- ☐
- ☐
- ☐

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten für die Bearbeitung dieses Antrags 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, für alle dem Menschen mit Behinderung teilstationär gewährten Hilfeleistungen und bis zum Todeszeitpunkt nicht verbrauchte Geldleistungen ersatzpflichtig sind, soweit der Nachlass hierzu ausreicht.
- 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 Behindertengesetzes 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