

INFO: Das Ansuchen ist vor Durchführung des Vorhabens einzubringen!

Ansuchen auf Gewährung eines Zuschusses für

- bauliche Adaptierungsmaßnahmen (Barrierefreiheit)**
- (behinderungsbedingte) Hilfsmittel oder Heilbehelfe**
- mobilitätsfördernde Maßnahmen** (z.B. Rollstuhlrampen)
- Assistenzhunde**
- Ankauf/Adaption eines **Kraftfahrzeuges** (Kostenträger PV)
- sonstige Leistungen** aus der Sozialversicherung oder der Behindertenhilfe

aus Mitteln des Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderungen, der Sozialversicherungsträger oder des Landes

Wichtiger Hinweis:

**Bitte füllen Sie das Antragsformular möglichst genau aus.
Jede Unvollständigkeit kann zu Verzögerungen führen.**

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie den mit Ihrem Ansuchen befassten Stellen (Sozialministeriumservice, Sozialversicherungsträger, Land, Bezirkshauptmannschaft) die ausdrückliche Zustimmung, zur Verfahrensvereinfachung, Verfahrensbeschleunigung, Vermeidung von Doppelfinanzierungen bzw. zur gegenseitigen Abstimmung die angegebenen Daten an andere beteiligte Institutionen (Sozialministeriumservice, Sozialversicherungsträger, Land, Bezirkshauptmannschaft) zu übermitteln.

Ich **stimme zu**

Ich **stimme nicht zu**

Datum und Unterschrift:

| I. Persönliche Daten der ansuchenstellenden Person | | |
|--|--------------------|---------------------|
| Familienname | | Vorname |
| | | Akadem. Titel |
| Geburtsdatum | Staatsbürgerschaft | |
| | | Versicherungsnummer |
| Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> inter <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> keine Angabe | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|---|-----------------------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| PLZ | Ort | Straße, Haus-, Tür-Nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon (Büro, tagsüber, Handy) | | E-Mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Dies ist der Hauptwohnsitz seit: | | <input type="checkbox"/> nein, Hauptwohnsitz in (PLZ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BANKVERBINDUNG DER ANSUCHENSTELLENDEN PERSON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bei der (Bank): _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lautend auf (person): _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>IBAN</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></td> </tr> </table> | | | | IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Achtung: IBAN nur vollständig, wenn alle Felder/Kästchen ausgefüllt sind) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bezug der erhöhten Familienbeihilfe? | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Anzahl: Für wen: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Festgestellter Grad der Behinderung? | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Festgestellt durch: | | Höhe in %: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Angabe Gesundheitsschädigung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bezug Pflegegeld | | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Stufe: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Auszahlende Stelle: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Krankenversicherung bei | | Vers.-Nr.: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mitglied bei einer anderen Krankenversicherung | | Wenn Ja, welche: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mitversichert bei | | Vers.-Nr.: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bei Vorliegen eines Vertretungsverhältnisses (Nachweis bitte beilegen!): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name | | Geburtsdatum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tel. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

II. Beschreibung des Vorhabens (Welche Maßnahme? Kurze Begründung der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit)

III. Einkommenssituation *(Bitte Zutreffendes ankreuzen und Nachweise der monatlichen Leistung beilegen!)*

| | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gehalt aus selbständiger Tätigkeit, unselbständiger Tätigkeit oder Land- und Forstwirtschaft | EUR (Netto/Monat) |
| <input type="checkbox"/> Pension | EUR .. (Netto/Monat) |
| <input type="checkbox"/> AMS-Bezug (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, ...) | EUR (Netto/Monat) |
| <input type="checkbox"/> Leistung aus gesetzlicher Krankenversicherung (z.B. Krankengeld, Kinderbetreuungsgeld, Wochengeld, ...) | EUR (Netto/Monat) |
| <input type="checkbox"/> Gehalt aus Vermietung, Verpachtung, Leibrente | EUR (Netto/Monat) |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Bezüge (z.B. Unfallrente, KOVG-Rente, Zulagen, Rentenbezug aus dem Ausland, Unterhaltsbeiträge, ...) | EUR .. (Netto/Monat) |
| <input type="checkbox"/> Leistungen aus der Sozialhilfe (Mindestsicherung) | EUR (Netto/Monat) |

IV. Persönliche Daten der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen (Ehegatte/in, Lebensgefährte/in, Kinder, Eltern, etc.)
(Bitte entsprechende Nachweise beilegen!)

| Name | Vers.-Nr. | Verwandtschafts- verhältnis | Art des Einkommens | Monatliches Nettoeinkommen |
|------|-----------|--------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| | | | | € |
| | | | | € |
| | | | | € |

| V. Unterhalts-/Sorgeverpflichtung für <u>nicht im gemeinsamen Haushalt lebende/n</u> Personen | | | |
|--|--|--|---|
| Name | Geb.-Datum | Verwandtschafts-verhältnis | Höhe der monatlichen Unterhaltsleistungen |
| | | | € |
| | | | € |
| | | | € |
| VI. Finanzierung | | | |
| Voraussichtliche Gesamtkosten: | | € | |
| Voraussichtliche Eigenleistungen: | | € | |
| Anmerkungen: | | | |
| VII. Förderung für das Vorhaben wurde bereits beantragt bei | | | |
| <input type="checkbox"/> ÖGK | <input type="checkbox"/> PV | <input type="checkbox"/> SVS | |
| <input type="checkbox"/> Bezirkshauptmannschaft | <input type="checkbox"/> Amt der Landesregierung | <input type="checkbox"/> Private Wohlfahrt | |
| <input type="checkbox"/> Sozialministeriumservice | <input type="checkbox"/> BVAEB | | |
| Sonstige: | | | |
| Förderungen wurden zugesagt von: | | Förderungshöhe: | |
| | | € | |
| | | € | |
| | | € | |
| Wurde das Vorhaben bereits durchgeführt? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Datum |
| Erfolgte bereits eine Rechnungslegung? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Datum |
| Wurde das Vorhaben bereits bezahlt? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja | Datum |
| VIII. Anweisung des Betrages | | | |
| Geldleistung soll überwiesen werden an | | | |
| <input type="checkbox"/> ansuchenstellende Person | | | |
| <input type="checkbox"/> Lieferfirma | Name, Adresse: | | |
| Bank, IBAN | IBAN | | |

ERKLÄRUNGEN:

- 1.) Ich ermächtige die Kostenträger, die für die Erledigung des Antrages unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu überprüfen.
- 2.) Ich verpflichte mich, die Leistung zurückzuzahlen, wenn
 - ich über wesentliche Umstände unvollständig oder falsch Auskunft erteilt 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.
- 3.) Ich verpflichte mich, den Kostenträgern 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.
- 4.) Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Förderung durch die Kostenträger nur unter den genannten Bedingungen gewährt wird, die Höhe des Zuschusses von den der Kostenträger zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln abhängt und auf Leistungen von den diversen Kostenträgern kein Rechtsanspruch besteht.
- 5.) Bei offenen Restkosten in Höhe der bewilligten Förderung erkläre ich mich mit einer direkten Verrechnung mit der Lieferfirma einverstanden.
- 6.) Ich bin damit einverstanden, dass im Falle einer Vorfinanzierung durch ein Darlehen die Zuschüsse anderer Stellen zur Abdeckung des Darlehens direkt an die vorfinanzierende Institution überwiesen werden.
- 7.) Ich verpflichte mich, das Darlehen in regelmäßigen Monatsraten in vorgeschriebener Höhe abzudecken.
- 8.) Ich nehme zur Kenntnis, dass
 - a. die Förderung zurückzuzahlen ist, wenn ich die Kostenträger über wesentliche Umstände falsch oder unvollständig informiert habe.
 - b. sich die einzelnen Kostenträger weitere Bedingungen vorbehalten.

Ich bin einverstanden, dass die zur Bearbeitung dieses Antrages notwendigen, meine Person betreffenden Daten zwischen den in Frage kommenden Kostenträgern übermittelt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben sowie die Kenntnisnahme der o.a. Erklärungen.

Ort, Datum

Unterschrift ansuchenstellende Person/gesetzliche Vertretung

Beizuschließen sind in Kopie

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis* |
| <input type="checkbox"/> Einkommensnachweis(e) (für die Punkte III und IV wie z.B. Lohnzettel, Steuererklärung, Einheitswertbescheid bei land- und forstwirtschaftlichem Besitz, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Nachweis über die gesetzliche Vertretung* , zB Gerichtsbeschluss (Punkt VIII) |
| <input type="checkbox"/> aktuelle ärztliche Befunde , die für die Beurteilung der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der beantragten Maßnahmen relevant sind und aus denen sich Art und Ausmaß der Behinderungen ergeben* |
| <input type="checkbox"/> Kostenvoranschläge bzw. auf die antragstellende Person oder die gesetzliche Vertretung lautende Rechnung(en) mit Zahlungsnachweis(en) |
| <input type="checkbox"/> Nachweise über Zahlungsverpflichtungen (für die Punkte IV und V) |
| <input type="checkbox"/> Nachweis über Pflegegeld |
| <input type="checkbox"/> Nachweis über die bezogene Familienbeihilfe |
| <input type="checkbox"/> Bei Wohnraumadaptierung: Bestätigung der Person mit Wohnungseigentum bzw. geeignetem Nachweis (Genossenschaft, Gemeinde....) |
| Bei Ankauf bzw. Adaptierung eines Kraftfahrzeuges zusätzlich |
| <input type="checkbox"/> Führerschein und Zulassung |
| Hinweis: Bei Zuschüssen oder Darlehen durch PVA wird das Formular „Zusatzangaben“ und gegebenenfalls eine Bürgschaftserklärung benötigt. |
| Bei Zuschüssen für berufstätige Personen ist beim Sozialministeriumservice ein gesonderter Antrag zu stellen. |
| <i>* nur bei Neuantrag bzw. Änderung der maßgeblichen Daten</i> |

Hinweis:

Bei elektronischer Übermittlung der Antragsunterlagen (zum Beispiel im Wege der E-Mail) sind ausschließlich Dateien im Format PDF zu verwenden.