

Ansuchen auf Gewährung eines Zuschusses für

- bauliche Adaptierungsmaßnahmen (Barrierefreiheit)**
- (behinderungsbedingte) **Hilfsmittel oder Heilbehelfe**
- mobilitätsfördernde Maßnahmen** (z.B. Rollstuhlrampen)
- Assistenzhunde**
- Ankauf/Adaption eines **Kraftfahrzeuges** (Kostenträger PVA)
- 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 Antragstellerin/des Antragstellers		
Familienname/Nachname und Vorname, Titel		
Versicherungsnummer:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Familienstand:		
Telefon:	E-Mail:	
<input type="checkbox"/> berufstätig, bei:	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig	<input type="checkbox"/> in Pension
PLZ, Ort:	Straße:	
<input type="checkbox"/> Dies ist der Hauptwohnsitz seit:	<input type="checkbox"/> nein, Hauptwohnsitz in (PLZ):	

Bezug der Familienbeihilfe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Anzahl:
Bezug der erhöhten Familienbeihilfe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Anzahl: Für wen:
Festgestellter Grad der Behinderung? Festgestellt durch:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	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.:	
II. Beschreibung des Vorhabens (Welche Maßnahme? Kurze Begründung der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit)		
III. Einkommenssituation <i>(Bitte Zutreffendes ankreuzen und Nachweise beilegen!)</i>		
<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 <u>im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen</u> (Ehegatte/in, Lebensgefährte/in, Kinder, Eltern, etc.) (Bitte entsprechende Nachweise beilegen!)				
Name	Vers.-Nr.	Naheverhältnis (zB Vater, Tochter)	Art des Einkommens	Monatliches Nettoeinkommen
				€
				€
				€
V. Unterhalts-/Sorgeverpflichtung für <u>nicht im gemeinsamen Haushalt lebende/n Ehegatten/in und Kinder</u>				
Name	Geb.-Datum	Verwandtschafts- verhältnis	Höhe der monatlichen Unterhaltsleistungen	
			€	
			€	
			€	
VI. Finanzierung				
Voraussichtliche Gesamtkosten:		€		
Voraussichtliche Eigenleistungen:		€		
VII. Förderung für das Vorhaben wurde bereits beantragt bei				
<input type="checkbox"/> GKK	<input type="checkbox"/> PVA		<input type="checkbox"/> SVA gew. Wirtschaft	
<input type="checkbox"/> SVA der Bauern	<input type="checkbox"/> BVA		<input type="checkbox"/> VAEB	
<input type="checkbox"/> Bezirkshauptmannschaft	<input type="checkbox"/> Amt der Landesregierung		<input type="checkbox"/> Private Wohlfahrt	
<input type="checkbox"/> Sozialministeriumservice	<input type="checkbox"/> Sonstige (bitte anführen)			
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"/> Antragsteller/in				

<input type="checkbox"/> gesetzliche Vertretung	Name, Adresse, Telefon:
<input type="checkbox"/> Lieferfirma (nur bei Hilfsmittel)	Name, Adresse:
Bank, 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.) Als Sicherstellung biete ich an:
 - a. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Förderung zurückzuzahlen ist, wenn ich die Kostenträger über wesentliche Umstände falsch oder unvollständig informiert habe.
 - b. Ich bin einverstanden, dass die zur Bearbeitung dieses Antrages notwendigen, meine Person betreffenden Daten zwischen den in Frage kommenden Kostenträgern übermittelt werden.
 - c. Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die einzelnen Kostenträger weitere Bedingungen vorbehalten.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben sowie die Kenntnisnahme der o.a. Erklärungen und der nachfolgenden Hinweise zum Datenschutz

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in/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/den Antragsteller/in 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
<p style="text-align: center;">Bei Ankauf bzw. Adaptierung eines Kraftfahrzeuges zusätzlich</p> <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>