

SOZIALE REHABILITATION

Antrag auf Gewährung von Förderungsmitteln



LAND
OBERÖSTERREICH

Kundendienststunden:
Montag bis Freitag, 8 bis 12 Uhr, nachmittags nach Vereinbarung

SGD-So/E-25

Amt der Oö. Landesregierung

Direktion Soziales und Gesundheit
Abteilung Soziales
Bahnhofplatz 1
4021 Linz

Eingangsstempel

Zutreffendes ankreuzen!

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> elektronische Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> orthopädische Behelfe |
| <input type="checkbox"/> sonstige technische Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Lenkberechtigung |
| <input type="checkbox"/> Blindenführhund | <input type="checkbox"/> Partner- bzw. Rollstuhlhund |
| <input type="checkbox"/> spezielle Schulung für Menschen mit Sehbeeinträchtigung bzw. Blinde | <input type="checkbox"/> Hilfe in besonders schwierigen (behinderungsbedingten) finanziellen Lagen |
| <input type="checkbox"/> Fahrtkostenzuschuss für Rollstuhlfahrer/innen | |
| <input type="checkbox"/> Wohnraumadaptierung: <input type="checkbox"/> Eigenheim oder <input type="checkbox"/> Mietwohnung | |

Persönliche Daten des Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Vorname _____		Vers.-Nr. _____	
	Familiennamen _____		Geb.-Datum _____	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Witwe/r <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Beruf	_____			
Staatsangehörigkeit	_____			
Adresse	PLZ _____ Ort _____		_____	
	Straße _____		Nummer _____	
	Telefonnummer _____		Fax _____	
	E-Mail _____			
Wohnhaft seit	_____			
Hauptwohnsitz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Bankverbindung	Institut _____		_____	
	Bankleitzahl _____		Konto-Nr. _____	
	Kontoinhaber _____			
Art der Beeinträchtigung	_____ seit _____			
Ursachen der Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Sonstiges _____			
Pflegegeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Stufe _____			

Im gemeinsamen Haushalt lebende Personen

Name	Verwandtschafts- verhältnis	Geburts- datum	Einkommen	Auszahlende Stelle Ja/Nein
Antragsteller/in	–	–		

Beschreibung des Vorhabens, Begründung der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Maßnahme

(bei Bedarf Beiblatt)

Finanzierung

voraussichtliche Gesamtkosten _____ Euro

voraussichtliche Eigenleistung _____ Euro

Förderungen wurden beantragt bei

a) _____ zugesagt/abgelehnt _____ Euro

b) _____ zugesagt/abgelehnt _____ Euro

c) _____ zugesagt/abgelehnt _____ Euro

Wurde das Vorhaben bereits bezahlt? Ja Nein

Förderungserklärung

Ich erkläre, dass mir die Allgemeinen Richtlinien für die Förderungen aus Landesmitteln, wiederverlautbart in der Amtlichen Linzer Zeitung, Folge 7/2003, bekannt sind und dass ich diese vollinhaltlich und verbindlich anerkenne.

Außerdem erkläre ich verbindlich, dass

- meine Angaben richtig sind und mir bekannt ist, dass ich die Beihilfe bei wissentlich unrichtigen Angaben und bei nicht widmungsgemäßer Verwendung zurückzahlen habe,
- ich den Verwendungsnachweis in der vom Land gewünschten Form erbringe und
- ich dem automationsunterstützten Datenverkehr zur Abwicklung des Ansuchens im Sinne der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl. Nr. 165/1999, i.d.g.F., sowie einer Veröffentlichung im Rahmen von Förderberichten zustimme.

Ich stimme zu, dass das Land Oberösterreich über mich und im Antrag genannte Personen Angaben bei den jeweils zuständigen Stellen einholt, wenn dies zur Erledigung meines Antrages erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift

Beilagen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ärztliches Gutachten, Befund | <input type="checkbox"/> Kopie des Behindertenausweises (beide Seiten) |
| <input type="checkbox"/> Nachweis/e über das Haushaltseinkommen | <input type="checkbox"/> Eventuell vorliegende Entscheidungen anderer Kostenträger (Bundessozialamt, Pensionsversicherungsanstalt, diverse Unterstützungsfonds) |
| <input type="checkbox"/> Kostenvoranschläge (mindestens 2) | |

Rückfragen:

Tel. (0732) 7720-15168, 15329 oder 16281
E-Mail: so.post@ooe.gv.at