

# ANTRAG AUF WEITERGEWÄHRUNG EINER LEISTUNG

nach dem Oö. Chancengleichheitsgesetz, LGBl. Nr. 41/2008



LAND

OBERÖSTERREICH

Zutreffendes ankreuzen!

SGD-So/E-27

Dieser Antrag wird

- bei der zuständigen Bezirkshauptmannschaft \_\_\_\_\_ oder  
 beim zuständigen Magistrat \_\_\_\_\_ eingereicht.

**Dieser Antrag ist nur bei einer Verlängerung von Leistungen, die befristet gewährt werden, zu verwenden.  
Die Leistungen können nur dann weiter beantragt werden, wenn keine Änderungen vorliegen.**

## Angaben zum/zur Leistungsempfänger/in

Name	Familienname _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Vorname _____ Geb.-Datum _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____

## Folgende Leistungen werden weiter beantragt:

Heilbehandlung	<input type="checkbox"/> Hippotherapie <input type="checkbox"/> Konduktive Mehrfachtherapie <input type="checkbox"/> Leistungen für Gehörlose
in/im	
Frühförderung	<input type="checkbox"/> Allgemeine Frühförderung <input type="checkbox"/> Sehförderung <input type="checkbox"/> Frühe Kommunikationsförderung
in/im	
<input type="checkbox"/> Persönliche Assistenz	durch die/den _____
<input type="checkbox"/> Mobile Betreuung und Hilfe	durch die/den _____
Sonstiges	<input type="checkbox"/> _____

## Versicherung des/der Leistungsempfängers/in

Krankenversicherungsträger _____ Soz.-Vers.-Nr. _____ <input type="checkbox"/> hauptversichert <input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name) _____
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in _____ <input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> nicht versichert (siehe ChG 5)

ChG 2

## Pflegegeldbezug des/der Leistungsempfängers/in

Landespflegegeld   
  Bundespflegegeld   
  beantragt am \_\_\_\_\_   
  kein Bezug  
 Stufe \_\_\_\_\_ Betrag \_\_\_\_\_ Euro   
 Bezug seit \_\_\_\_\_  
 auszahlende Stelle / Antrag gestellt bei \_\_\_\_\_

Sachwalter/in   
  gesetzliche/r Vertreter/in

Name	Familienname _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Vorname _____ Geb.-Datum _____
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Sonstige _____
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in	

**Folgende Nachweise sind (entsprechend der beantragten Leistung) diesem Antrag beizulegen:**

Verordnungsschein für Therapie \*)  
 Entwicklungsbericht der Trägereinrichtung \*)  
 Maßnahmenvorschlag der Trägereinrichtung \*)  
 Situationsbericht der Schule \*)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

In Einzelfällen steht es im Ermessen der entscheidenden Behörde, noch weitere Unterlagen anzufordern.

\*) Soweit vorhanden

**Der/Die Unterzeichner/in bestätigt hiermit ausdrücklich, auf folgende Tatsachen hingewiesen worden zu sein:**

Ich versichere, dass ich die Angaben richtig und vollständig gemacht habe.  
 Jede Änderung von Einkommens-, Vermögens-, Familien- oder Wohnverhältnissen muss unaufgefordert binnen zwei Wochen der zuständigen Behörde mitgeteilt werden.  
 Die Kosten für eine Hauptleistung, die aufgrund falscher, nicht bekannt gegebener oder verschwiegener Angaben bzw. Änderungen gewährt wurden, sind zurückzuerstatten.  
 Der/Die Leistungsempfänger/in wird ab Beginn der beantragten Leistung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zur Zahlung eines Beitrags herangezogen.

Ich stimme hiermit der automationsunterstützten Verarbeitung meiner Daten und dem automationsunterstützten Datenverkehr im Sinne der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000, i.d.g.F. zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

- des/der Leistungsempfängers/in
- des/der gesetzlichen Vertreters/in
- des/der Sachwalters/in