

SOZIALE REHABILITATION

Antrag auf Gewährung von Förderungsmitteln



LAND
OBERÖSTERREICH

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

SGD-So/E-13

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	Bankinstitut _____
	BLZ _____ Konto-Nr. _____
	Kontoinhaber _____

Art der Beeinträchtigung	_____ seit _____
Ursachen der Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Freizeitunfall <input type="checkbox"/> Fremdverschulden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> Krankheit
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, Krankenversicherungsträger, Pensionsversicherungsanstalt, diverse Unterstützungsfonds) |
| <input type="checkbox"/> Kostenvoranschläge (mindestens 2) | |

Rückfragen:

Tel. (0732) 7720-15168 oder 15329

E-Mail: so.post@ooe.gv.at