Sozialministeriumservice

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 <u>nicht</u> zu**

Datum und Unterschrift:

I. Persönliche Daten der ansuchenstellenden Person

Familienname		Vorname	Akadem. Titel
Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Versicherungsnummer	
Geschlecht ☐ weiblich	☐ männlich	☐ inter ☐ divers ☐ offen ☐ keine Angabe	

PLZ	Ort	Straße, Haus-, Tür-Nr.

Telefon (Büro, tagsüber, Handy)	E-Mail
☐ Dies ist der Hauptwohnsitz seit:	☐ nein, Hauptwohnsitz in (PLZ)

BANKVERBINDUNG DER ANSUCHENSTELLENDEN PERSON

Bei der (Bank): _____

Lautend auf (person): _____

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(Achtung: IBAN nur vollständig, wenn alle Felder/Kästchen ausgefüllt sind)

Bezug der erhöhten Familienbeihilfe?	☐ nein ☐ ja	Anzahl: Für wen:
Festgestellter Grad der Behinderung? Festgestellt durch:	☐ nein ☐ ja	Höhe in %:

Angabe Gesundheitsschädigung	

Bezug Pflegegeld	☐ nein ☐ 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!)*

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

IV. Persönliche Daten der <u>im gemeinsamen Haushalt</u> 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 nicht im gemeinsamen Haushalt lebende/n 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

☐ ÖGK	☐ PV	☐ SVS
☐ Bezirkshauptmannschaft	☐ Amt der Landesregierung	☐ Private Wohlfahrt
☐ Sozialministeriumservice	☐ BVAEB	
Sonstige:		

Förderungen wurden zugesagt von:	**Förderungshöhe:**		
	€		
	€		
	€		
Wurde das Vorhaben bereits durchgeführt?	☐ Nein	☐ Ja	Datum
Erfolgte bereits eine Rechnungslegung?	☐ Nein	☐ Ja	Datum
Wurde das Vorhaben bereits bezahlt?	☐ Nein	☐ Ja	Datum

VIII. Anweisung des Betrages

Geldleistung soll überwiesen werden an

☐ ansuchenstellende Person	
☐ 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

☐ **Staatsbürgerschaftsnachweis***
☐ **Einkommensnachweis(e)** (für die Punkte III und IV wie z.B. Lohnzettel, Steuererklärung, Einheitswertbescheid bei land- und forstwirtschaftlichem Besitz, etc.)
☐ Nachweis über die **gesetzliche Vertretung*, zB Gerichtsbeschluss** (Punkt VIII)
☐ 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*
☐ **Kostenvoranschläge bzw**. auf die **antragstellende Person** oder die **gesetzliche Vertretung lautende Rechnung(en)** mit Zahlungsnachweis(en)
☐ Nachweise über **Zahlungsverpflichtungen** (für die Punkte IV und V)
☐ Nachweis über **Pflegegeld**
☐ Nachweis über die bezogene **Familienbeihilfe**
☐ Bei Wohnraumadaptierung: Bestätigung der Person mit Wohnungseigentum bzw. geeignetem Nachweis (Genossenschaft, Gemeinde….)
Bei Ankauf bzw. Adaptierung eines Kraftfahrzeuges zusätzlich ☐ 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.
***** *nur bei Neuantrag bzw. Änderung der maßgeblichen Daten*

Hinweis:

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