

THERAPIEZUSCHÜSSE AN EINZELPERSONEN

Antrag auf Gewährung einer Beihilfe



LAND
OBERÖSTERREICH

SGD-So/E-20

Amt der Oö. Landesregierung

Direktion Soziales und Gesundheit
Abteilung Soziales
Bahnhofplatz 1
4021 Linz

Eingangsstempel

Zutreffendes ankreuzen!

- Tomatis Hörtraining Musiktherapie
 Akustisches Integrationstraining Heilpädagogisches Voltigieren

Persönliche Angaben (Therapieempfänger/in – Mensch mit Beeinträchtigung)

Name	Familien-/Nachname _____																					
	Vorname _____ Titel _____																					
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich																					
Sozialversicherungsnummer	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> (Beispiel: 1234TTMMJJ)																					
Staatsbürgerschaft																						
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft																					
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____																					
Wohnhaft seit																						
Hauptwohnsitz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																					

Gesetzliche Vertretung Elternteil Sachwalter Sonstige _____

Name	Familien-/Nachname _____																					
	Vorname _____ Titel _____																					
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich																					
Sozialversicherungsnummer	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> (Beispiel: 1234TTMMJJ)																					
Staatsbürgerschaft																						
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft																					
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____																					
Wohnhaft seit																						
Hauptwohnsitz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																					

Angabe aller im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen sowie deren Einkommen: (Einkommensnachweise sind beizulegen)

Name	Verwandtschaftsverhältnis	Geburtsdatum	Erhöhte Familienbeihilfe	Einkommen	Auszahlende Stelle
Antragsteller/in	–	–	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Einkommensnachweise sind beizulegen!

Einkünfte

Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, bitte den letzten Einkommenssteuerbescheid dem Antrag beilegen!		

Medizinische Notwendigkeit der Therapie

<input type="checkbox"/> Ärztlicher Befund mit Diagnose (vom behandelnden Arzt auszufüllen):	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des Arztes

<input type="checkbox"/> Ärztlicher Befund mit Diagnose liegt bei (nicht älter als 6 Monate)
<input type="checkbox"/> Liegt bereits in der Abteilung Soziales auf, da bereits eine andere Leistung gemäß Oö. Chancengleichheitsgesetz bezogen wird.

Therapiekosten

Gesamtkosten	Euro
<input type="checkbox"/> Kopie der Rechnung(en) und Zahlungsbeleg(e) liegt bei	
<input type="checkbox"/> Kostenschätzung liegt bei	
Zuschuss von anderen Förderstellen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja: Betrag	Euro
Förderstelle	

Erläuterung

Das Land Oberösterreich kann über Ansuchen eine Förderung gewähren, es besteht jedoch kein Rechtsanspruch darauf.

Die Antragstellung ist jedoch **nur bis zu 6 Monaten** rückwirkend möglich.

Überweisung des Zuschusses an

Bankverbindung	Bankinstitut _____
	Kontoinhaber/in _____
	IBAN _____
	BIC _____

Die IBAN ist die internationale Darstellung von Kontonummer und Bank (in Österreich 20-stellig mit AT beginnend). Der BIC ist eine international standardisierte Bankleitzahl (8- oder 11-stellig). Die Angabe des BIC ist bei einer österreichischen IBAN nicht erforderlich.

Förderungserklärung

Ich erkläre, dass mir die Allgemeinen Richtlinien für die Förderungen aus Landesmitteln, wiederverlautbart in der Amtlichen Linzer Zeitung vom 10. Jänner 2008, Folge 1/2008, 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 Antragsteller/in

Erforderliche Unterlagen:

1. Ärztlicher Befund
2. Kostenvoranschlag für die Therapie
3. Nachweise über das Haushaltsnettoeinkommen (z.B. Monats- oder Jahreslohnzettel in Kopie)
4. Rechnungen (nur Kopien)
5. Zahlungsbelege in Kopie (bei SB-Überweisungen ist eine Durchführungsbestätigung der Bank erforderlich!)

HINWEIS:

Eine Bearbeitung ist nur dann möglich, wenn alle erforderlichen Unterlagen vorliegen.

Rückfragen:

Direktion Soziales und Gesundheit (SGD), Abteilung Soziales (So)
Tel.: (+43 732) 77 20-138 51 oder 152 21; Fax: (+43 732) 77 20-21 56 19;
E-Mail: so.post@ooe.gv.at