

**Antrag auf Hilfeleistung nach dem  
Steiermärkischen Behindertengesetz**

Eingangsstempel  
Sozialamt

**Angestrebte Hilfeleistung**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heilbehandlung (§ 5)  | <input type="checkbox"/> Hilfe zum Wohnen (§ 21)   |
| <input type="checkbox"/> Körperersatzstücke, orthopädische Behelfe oder andere Hilfsmittel (§ 6) | <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung (§ 21a)  |
| <input type="checkbox"/> Erziehung und Schulbildung (§ 7)  | <input type="checkbox"/> Familienentlastung (§ 22)   |
| <input type="checkbox"/> Teilhabe an Beschäftigung in der Arbeitswelt (§ 8)                      | <input type="checkbox"/> Persönliches Budget (§ 22a)   |
| <input type="checkbox"/> Lebensunterhalt (§ 9)   | <input type="checkbox"/> Zuschuss für behindertengerechte Ausstattung von Kraftfahrzeugen (§ 24a)            |
| <input type="checkbox"/> Tageseinrichtungen (§ 16)   | <input type="checkbox"/> Zuschuss für notwendige bauliche Änderungen der Wohnung oder des Wohnhauses (§ 25a) |
| <input type="checkbox"/> Wohneinrichtungen (§ 18)  | <input type="checkbox"/> Reisekosten wegen Ladung der Behörde (§ 38)   |
| <input type="checkbox"/> Übernahme der Entgelte in Pflegeheimen (§ 19)                           | <input type="checkbox"/> Übernahme der Fahrtkosten   |
| <input type="checkbox"/> Mietzinsbeihilfe (§ 20)   |  |

**Anmerkung zur beantragten Hilfe**

**Daten zum Menschen mit Behinderung**

Familienname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>		
Straße	<input type="text"/>	Hausnr.	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>	PLZ	<input type="text"/>
Telefon/Mobil	<input type="text"/>		
E-Mail	<input type="text"/>		

- Familienstand  ledig       verheiratet       geschieden  
 verwitwet       Lebensgemeinschaft       eingetragene Partnerschaft

- Staatbürgerschaft  Österreich  
 Sonstige   
 Aufenthaltstitel bis

## Bankverbindung

Bankinstitut

KontoinhaberIn

IBAN

BIC

## Bankverbindung für die Anweisung des „Persönlichen Budgets“ (nur angeben wenn beantragt)

Bankinstitut

KontoinhaberIn

IBAN

BIC

## Erwerbstätigkeit

Beschäftigt bei Firma

Netto-Einkommen

Selbständig  ja  nein

Netto-Einkommen

## Pensionsbezug

Pensionsauszahlende Stelle

Pensionsbeginn

mtl. Bezug

## Leistungen von anderen Sozialhilfeträgern

Behinderten-, Sozialhilfe oder Leistungen der Jugendwohlfahrt wurde in letzter Zeit von anderen Sozialhilfeträgern gewährt:

nein

ja von Bezirkshauptmannschaft/Magistrat

Leistung/Zeitraum

## Pflegegeldbezug des Menschen mit Behinderung

Pflegegeld

Stufe

kein Bezug

## Anerkennung nach dem Behinderteneinstellungsgesetz

nein  ja (Bescheid vom Bundessozialamt in Kopie beilegen)

## Versicherung des Menschen mit Behinderung

Krankenversicherungsträger

Soz. Vers.-Nr

hauptversichert

mitversichert bei (Name)

## Vertretung (Vollmacht oder Gerichtsbeschluss in Kopie beilegen)

Familienname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>		
Straße	<input type="text"/>	Hausnr.	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>	PLZ	<input type="text"/>
Telefon/Mobil	<input type="text"/>		
E-Mail	<input type="text"/>		

Ist derzeit ein Verfahren betreffend Bestellung einer gerichtlichen Erwachsenenvertretung anhängig?  nein  ja

## Haushaltsangehörige

(Personen im gemeinsamen Haushalt (Ehegatte/in, Lebensgefährte/in, eingetragene/r Partner/in, Eltern, Kinder, Geschwister, Sonst.)

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Einkommen netto

## Beilagen zum Antrag

- Lichtbildausweis (Kopie)
- Rechnung/Kostenvoranschlag
- Ärztliche Gutachten, Befunde
- Verordnungsschein für Therapie
- Verordnungsschein und Kostenvoranschlag für Heilbehelf
- Einkommensnachweis
- Aktueller Pflegegeldbescheid
- Nachweis über die Höhe der Familienbeihilfe
- Aufenthaltstitel
- Bescheid über Anerkennung beim Bundessozialamt
- Behindertenausweis vom Bundessozialamt
- Vertretungsnachweis
- Selbsteinschätzungsbogen für persönliches Budget
- 
- 
-

## Datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten für die Bearbeitung dieses Antrags und für die Anweisung/Auszahlung bewilligter Leistungen durch die Stadt verarbeitet werden. Ich bin berechtigt, die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung jederzeit gegenüber dem Sozialamt einseitig und schriftlich zu widerrufen. Die Verwendung der Daten auf Grund gesetzlicher Bestimmungen bleibt davon unberührt. Ich stimme zu, dass das Sozialamt die Richtigkeit der angegebenen Daten in elektronischen Registern (z.B. Melderegister, Vereinsregister) überprüft (§ 17 Abs. 2 E-Government-Gesetz). Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Stadt Graz, Sozialamt. Datenkategorien, Empfänger und Rechtsgrundlage der Verarbeitung sind im Datenverarbeitungsregister registriert und unter dem Link [DVR 0051853/229](#) veröffentlicht. Allgemeine Informationen zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen entnehmen Sie bitte der [Datenschutzerklärung](#) der Stadt Graz.

## Bestätigung und Unterschrift des/der Antragstellers/in

Ich bestätige mit meiner Unterschrift ausdrücklich, darauf hingewiesen worden zu sein,

- a) dass wissentlich falsche Angaben oder absichtliches Verschweigen von Einkommen aller Art und von Tatsachen, die zur Feststellung der Anspruchsberechtigung notwendig sind, als Betrug strafrechtlich verfolgt werden können,
- b) dass ich verpflichtet bin, jede Änderung meiner Einkommens-, Vermögens- und Familienverhältnisse unaufgefordert der Bezirksverwaltungsbehörde mitzuteilen,
- c) dass ich und die für mich gesetzlich unterhaltspflichtigen Angehörigen verpflichtet werden können, zu den Kosten einer stationären oder bestimmten mobilen Maßnahme sowie Geldleistungen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen einen Kostenbeitrag bzw. Selbstbehalt zu leisten,
- d) dass Erben, für alle dem Menschen mit Behinderung teilstationär gewährten Hilfeleistungen und bis zum Todeszeitpunkt nicht verbrauchte Geldleistungen ersatzpflichtig sind, soweit der Nachlass hierzu ausreicht.
- e) dass an dem Verfahren beteiligte Sachverständige (IHB) berechtigt sind, zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs notwendige medizinische Unterlagen und Gutachten von Ärzten/Ärztinnen, Krankenhäusern und Instituten (für den Zeitraum des laufenden Verfahrens) einzuholen,
- f) dass zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages Auskünfte bei folgenden Stellen eingeholt werden dürfen: Arbeitsmarktservice Graz, zuständige Krankenkasse, Finanzamt, zuständige Pensionsversicherungsanstalten und stimme ich der Weitergabe der erforderlichen Auskünfte durch die angeführten Stellen an das Referat für Behindertenhilfe– Sozialamt zu. Die in den Auskünften enthaltenen Daten werden vom Referat für Behindertenhilfe – Sozialamt ausschließlich zum Zweck der Beurteilung meines Leistungsanspruches gemäß den Bestimmungen des Steiermärkischen Behindertengesetzes verarbeitet. Diese Zustimmungserklärung kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.
- g) dass ein allfälliger Leistungsbescheid nachrichtlich an den Leistungserbringer ergehen kann,
- h) dass ich, wenn ich die Direktverrechnung bspw. von Fahrtkosten oder Anschaffungskosten von orthopädischen Behelfen zwischen Unternehmen und Behörde wünsche, dem Unternehmen eine Anweisungserlaubnis erteilen muss.

Datum

Unterschrift

- des Menschen mit Behinderung  
 des/der Vertreters/in