

ANTRAG AUF WEITERGEWÄHRUNG EINER LEISTUNG

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



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.**

Leistungsempfänger/in

Name	Familienname _____ Vorname _____ Titel _____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
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 _____

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"/> Sehfrühförderung <input type="checkbox"/> Frühe Kommunikationsförderung <input type="checkbox"/> Familienbegleitung (nur in Verbindung mit Allgemeiner Frühförderung)
in/im	
Persönliche Assistenz	<input type="checkbox"/> Trägermodell <input type="checkbox"/> Auftraggebermodell 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

<input type="checkbox"/> Bundespflegegeld	<input type="checkbox"/> beantragt am _____	<input type="checkbox"/> kein Bezug
Stufe _____	Betrag _____ Euro	Bezug seit _____
auszahlende Stelle / Antrag gestellt bei _____		

Sachwalter/in **gesetzliche/r Vertreter/in**

Name	Familienname _____		
	Vorname _____ Titel _____		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsdatum	_____		
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 _____		
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in	_____		

Erforderliche Unterlagen (entsprechend der beantragten Leistung):

Bitte übermitteln Sie **keine Originalunterlagen**, da diese nach elektronischer Erfassung nicht retourniert werden können.

- | | |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verordnungsschein für Therapie *) | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Entwicklungsbericht der Trägereinrichtung *) | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Maßnahmenvorschlag der Trägereinrichtung *) | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Situationsbericht der Schule *) | |

HINWEIS:

**Eine Bearbeitung ist nur dann möglich, wenn alle erforderlichen Unterlagen angeschlossen sind.
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 Weitergabe von beitragsrelevanten Daten an die jeweiligen Leistungserbringer zu.

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