

An die

Bezirksverwaltungsbehörde

Eingangsstempel

Persönliches Budget - Antrag

Das persönliche Budget ist eine Geldleistung, die direkt an Personen mit Sinnes- und/oder erheblichen Bewegungsbehinderungen ausgezahlt wird, um persönliche Assistenz in Anspruch nehmen zu können.

Bitte beachten Sie: * Angabe erforderlich i Information zum Ausfüllen ☒ Zutreffendes ankreuzen

Antragstellerin bzw. Antragsteller

Nachname *	<input type="text"/>	Geburtsdatum (tt.mm.jjjj) *	<input type="text"/>
Vorname *	<input type="text"/>	Geschlecht *	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Familienstand * i	<input type="text"/>		

i Familienstand: ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet, Lebensgemeinschaft, eingetragene Partnerschaft

Kontakt

Straße *	<input type="text"/>	Hausnummer *	<input type="text"/>
PLZ *	<input type="text"/>	Ort *	<input type="text"/>
Telefon *	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Bevollmächtigte/r

Ist derzeit ein Verfahren betreffend Bestellung einer Erwachsenenvertretung (vormals Sachwalterschaft) anhängig? *	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Vorheriger Aufenthalt

von *	<input type="text"/>	bis *	<input type="text"/>
Straße *	<input type="text"/>	Hausnummer *	<input type="text"/>
PLZ *	<input type="text"/>	Ort *	<input type="text"/>

Bankverbindung i

Kontoname bzw. Kontoinhaber/in *	<input type="text"/>		
IBAN *	<input type="text"/>	BIC	<input type="text"/>

i Bankverbindung für die Anweisung des Persönlichen Budgets

Erwerbstätigkeit

Erwerbstätig	*	i	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Firma	*	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
Monatliches Einkommen	*	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
Selbstständig	*		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Monatliches Einkommen * <input style="width: 95%;" type="text"/>

i Erwerbstätigkeit: wenn ja, bitte Nachstehendes ausfüllen

Pension

(Invaliditäts-) Pension	*	i	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
seit (tt.mm.jjjj)	*	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
Monatliche Höhe	*	<input style="width: 95%;" type="text"/>			

i (Invaliditäts-)Pension: wenn ja, bitte Nachstehendes ausfüllen

Behinderteneinstellungsgesetz

Anerkennung nach dem BEinstG	*	i	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
------------------------------	---	---	-----------------------------	-------------------------------	--

i Wenn eine Anerkennung nach dem Behinderteneinstellungsgesetz erfolgt ist („begünstigt Behinderte/r“), Bescheid vom Sozialministeriumservice (in Kopie) beilegen

Weitere Sozialleistungen

Behinderten-, Sozialhilfe, Mindestsicherung oder Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe wurden in der letzten Zeit von anderen Bezirksverwaltungsbehörden gewährt?	*	i	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bezirksverwaltungsbehörde	*	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
Leistung(en)	*	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
Zeitraum von	*	<input style="width: 45%;" type="text"/>	bis	*	<input style="width: 45%;" type="text"/>

i Behinderten-, Sozialhilfe, Mindestsicherung oder Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe: wenn ja, bitte Nachstehendes ausfüllen

Sonstige Unterstützungsleistungen

Weitere Unterstützungsleistungen / Beihilfen	*	i	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leistung	i	<input style="width: 45%;" type="text"/>	Monatliche Höhe	<input style="width: 45%;" type="text"/>	<input style="width: 45%;" type="text"/>
Leistung		<input style="width: 45%;" type="text"/>	Monatliche Höhe	<input style="width: 45%;" type="text"/>	<input style="width: 45%;" type="text"/>
Leistung		<input style="width: 45%;" type="text"/>	Monatliche Höhe	<input style="width: 45%;" type="text"/>	<input style="width: 45%;" type="text"/>
Leistung		<input style="width: 45%;" type="text"/>	Monatliche Höhe	<input style="width: 45%;" type="text"/>	<input style="width: 45%;" type="text"/>
Leistung		<input style="width: 45%;" type="text"/>	Monatliche Höhe	<input style="width: 45%;" type="text"/>	<input style="width: 45%;" type="text"/>

i Sonstige weitere Unterstützungsleistungen bzw. Beihilfen: wenn ja, bitte Nachstehendes ausfüllen
Bitte führen Sie hier die unterstützende Leistung an

Pflegegeld

Pflegegeldbezug des/r Antragstellers/in *	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegegeldstufe *	<input type="text"/>	
Bescheiddatum (tt.mm.jjjj) *	<input type="text"/>	

Versicherung

Krankenversicherungsträger *	<input type="text"/>	Sozialversicherungsnummer *	<input type="text"/>
Art der Versicherung *	<input type="checkbox"/> haupt-versichert	<input type="checkbox"/> mitversichert bei	<input type="text"/>
Weitere Bezüge * i	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bezug aus *	<input type="text"/>	Monatliche Höhe *	<input type="text"/>

i Weitere Bezüge aus Versicherungsleistungen wie Kranken-, Unfall bzw. Lebensversicherung: wenn ja, bitte Nachstehendes ausfüllen

Selbsteinschätzung

Derzeitige Lebens- / Wohnsituation

Gesamtanzahl im Haushalt lebender Personen *	<input type="text"/>		
Anzahl Erwachsene (18-65 Jahre) *	<input type="text"/>	Anzahl Erwachsene über 66 Jahre *	<input type="text"/>
Anzahl Kinder/Jugendliche unter 18 *	<input type="text"/>		
Beschreibung der Lebens-/ Wohnsituation * i	<input type="text"/>		

i Bitte fügen Sie Informationen an, die Ihre aktuelle **Wohn- und Lebenssituation** bestmöglich beschreiben und die für die Antragstellung relevant sind. Bitte beschreiben Sie hier auch, wie Sie derzeit bzw. bisher Ihren Alltag organisieren bzw. organisiert haben.

Angaben zur Behinderung

Behinderung/ Erkrankung *	<input type="text"/>
Aktuelle Pflegestufe *	<input type="text"/>
Auswirkungen auf die aktuelle Lebens-/ Wohnsituation * i	<input type="text"/>

i Bitte beschreiben Sie, welche konkreten bzw. speziellen **Auswirkungen** die Behinderung/Erkrankung sowie die derzeitige **Wohn- und Lebenssituation** auf Ihren Hilfe- und Assistenzbedarf hat (z.B. Beatmung, Absaugen, Umlagern/Positionieren, ständige Schmerzen, Spasmen, PEG-Sonde, Toilettentransfer, zusätzliche Sinnesbehinderung, Beweglichkeit der Arme/Hände).

Derzeitige Unterstützungsform

Dienstleistungen * i	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Unterstützung durch Angehörige/Freunde * i

i Bitte führen Sie an, welche **Dienstleistungen** Sie derzeit in Anspruch nehmen (z.B. soziale Dienste wie Hauskrankenpflege, Heimhilfe etc. oder Unterstützungsleistungen, die durch das Pflegegeld zugekauft werden).
Bitte führen Sie an, ob eine **Unterstützung durch Angehörige/Freunde** erfolgt.

Assistenzbedarf

Assistenzbedarf von Montag bis Freitag * i

Gesamter Unterstützungsbedarf * Stunden/Tag

Durch das Pflegegeld abgedeckter Aufwand * Stunden/Tag

Unterstützungsbedarf * i Stunden/Tag

i Bitte beschreiben Sie Ihren durchschnittlichen **Assistenzbedarf von Montag bis Freitag** unter Berücksichtigung sonstiger Tages- und Unterstützungsstrukturen (z.B. Assistenz am Arbeitsplatz etc.)
Unterstützungsbedarf, der über das persönliche Budget abgedeckt werden soll.

Sonstiger Assistenzbedarf

Assistenzbedarf an Samstagen, Sonn- und Feiertagen * i

Gesamter Unterstützungsbedarf * Stunden/Tag

Durch das Pflegegeld abgedeckter Aufwand * Stunden/Tag

Unterstützungsbedarf * i Stunden/Tag

i Bitte beschreiben Sie Ihren durchschnittlichen **Assistenzbedarf an Samstag, Sonn- und Feiertagen** unter Berücksichtigung sonstiger Tages- und Unterstützungsstrukturen (z.B. Familiensystem etc.)
Unterstützungsbedarf, der über das persönliche Budget abgedeckt werden soll.

Zusätzlicher Bedarf

Zusätzlicher Bedarf * **i**
außerhalb des Alltags

Zusätzlicher Unterstützungsbedarf *	_____	Stunden/Jahr
Durch das Pflegegeld abgedeckter Aufwand *	_____	Stunden/Jahr
Unterstützungsbedarf * i	_____	Stunden/Jahr

i Bitte beschreiben Sie Ihren **zusätzlichen Assistenzbedarf** außerhalb von Alltagssituationen und Routinetätigkeiten (z.B. Urlaub).
Unterstützungsbedarf, der über das persönliche Budget abgedeckt werden soll.

Gesamtassistenzbedarf pro Jahr

	Assistenzbedarf	
Montag – Freitag	_____ Stunden pro Woche	_____ Stunden pro Jahr
Samstag, Sonn- und Feiertag	_____ Stunden pro Woche	_____ Stunden pro Jahr
Zusätzlicher Bedarf		_____ Stunden pro Jahr
Summe Assistenzbedarf pro Jahr		_____ Stunden pro Jahr

Beilagen

Folgende Beilagen sind dem Antrag in Kopie anzuschließen:

- * Meldezettel
- * Nachweis über rechtmäßigen Aufenthalt (Aufenthaltstitel, Niederlassungsbewilligung)
- * Ärztliches Gutachten/Befunde zur vorliegenden Behinderung
- * Einkommensnachweis (z.B. Lohnbestätigung der letzten drei Monate, AMS-Bestätigung, Einkommenssteuerbescheid, Pensionsmitteilung, Rentennachweis, Unfallrente, Nachweis über Unterhaltsanspruch, Wohnbeihilfe, Krankengeld, Abfertigung, Mieteinnahmen etc.)
- * Nachweis über Familienbeihilfe
- * Bescheid(e) nach dem Behinderteneinstellungsgesetz

Datenschutzrechtliche Bestimmungen

- * Ich nehme zur Kenntnis, dass die von mir bekanntgegebenen Daten und jene Daten, die die Behörde im Zuge des Ermittlungsverfahrens erhält, auf Grund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit den diesem Verfahren zugrundeliegenden Materiengesetzen automationsunterstützt verarbeitet werden und zum Zweck der Abwicklung des von mir eingeleiteten Verfahrens, der Beurteilung des Sachverhalts, der Erteilung der Bewilligung sowie auch zum Zweck der Überprüfung verarbeitet werden.

Ich habe die allgemeinen Informationen

- zu den mir zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit;
- zum mir zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichische Datenschutzbehörde;
- zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten

auf der Datenschutz-Informationseite (<https://datenschutz.stmk.gv.at>) gelesen.

Erklärung

Ich erkläre ausdrücklich,

- dass meine Angaben wahr und vollständig sind.

Ich verpflichte mich, dass

- ich Änderungen der für die Leistung maßgeblichen Umstände unverzüglich der Behörde melden werde.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- ich die Nachweise der zweckentsprechenden Verwendung des Persönlichen Budgets sieben Jahre lang aufzubewahren und der Bezirksverwaltungsbehörde gegen Aufforderung vorzulegen habe.
- ich am Ende des Leistungszeitraumes, spätestens nach einem Jahr ab Bezug des Persönlichen Budgets, das verbrauchte und die verbleibende Restsumme der Bezirksverwaltungsbehörde zu melden und die verbliebene Restsumme rückzuerstatten habe.

- * Ich habe das beiliegende Informationsblatt gelesen und zur Kenntnis genommen.

Datum, eigenhändige Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

