

Amt der Salzburger Landesregierung
Abteilung 3, Referat 3/05 Behinderung und Inklusion
Unterstützungsstelle für Kriegsopfer und
Menschen mit Behinderungen
Fischer-von-Erlach-Straße 47
5020 Salzburg



**LAND
SALZBURG**

Behinderung
und
Inklusion

E-Mail: unterstuetzungsstelle@salzburg.gv.at
Telefon: 0662 8042-3559 (Renate Schwaiger)

Ansuchen auf Gewährung einer Unterstützung für Kriegsopfer und Menschen mit Behinderungen

☒ Zutreffendes bitte ankreuzen

- ☐ für die Schaffung eines behindertengerechten Wohnraums
- ☐ für ein Hilfsmittel
- ☐ für ein technisches Hilfsmittel für Menschen mit einer Hörbehinderung
(gilt nicht für Hörgeräte)

Hinweis: Die Antragstellung muss vor Realisierung des Vorhabens erfolgen.

Angaben zur Person mit Behinderung (Antragsteller/in):

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		Versicherungsnummer	
Familienstand	Staatsbürgerschaft		Telefonnummer
Adresse Straße/Haus-Nr.: PLZ/Ort:			
E-Mail			
Bankverbindung Name der Kontoinhaber/in: Bei der Bank: IBAN:			

Angaben zum aktuellen Einkommen (bitte Nachweis in Kopie beilegen):

- ☐ Pension: monatlich (netto): €
- ☐ selbständig: Einkommenssteuerbescheid vom Finanzamt aus dem Vorjahr beilegen
- ☐ AMS-Bezug: Tagsatz (netto): €
- ☐ Dienstverhältnis: monatlich (netto): €
- ☐ Krankengeld: Tagsatz (netto): €
- ☐ sonstiges Einkommen (Vermietung, BMS etc.): monatlich (netto): €

Bezug von Pflegegeld? ☐ ja, Stufe ☐ nein ☐ beantragt

Wird für eine andere Person Pflegegeld bezogen? ☐ ja, Stufe

Für wen?

Behinderung besteht in (bitte beschreiben und ärztliche Befunde in Kopie beilegen):

Behinderungsgrad %
(Bitte Kopie des Behindertenpasses beilegen)

Begünstigt behindert nach dem Behinderteneinstellungsgesetz (BEinstG)
(Bitte Kopie des Bescheides beilegen)

☐ ja ☐ nein

Wie viele Personen wohnen im gemeinsamen Haushalt?

Angaben zu den Personen die im Haushalt leben (bitte Einkommensnachweis in Kopie beilegen):

Name	VSNR/Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Mtl. Einkommen

Angaben zum Vorhaben bzw. zum Hilfsmittel:Hinweis vorab: Realisierung darf nicht vor Antragstellung erfolgt sein!☐ Geplante Wohnraumadaptierung:☐ Beantragtes Hilfsmittel:**Begründung** des Vorhabens bzw. die Notwendigkeit des Hilfsmittels (bitte Kostenvoranschläge beilegen):*Bitte kurz die Wohn-und Familienverhältnisse beschreiben (z.B.: Haus oder Wohnung, Erdgeschoss oder 1. Stock, Badezimmer mit Badewanne, steile Treppe, wer führt Pflege etc.)*

Voraussichtliche Gesamtkosten

€

Wurde das Vorhaben bereits durchgeführt? ☐ ja ☐ neinWenn ja, erfolgte eine Rechnungslegung? ☐ ja ☐ nein*Hinweis: Bei bereits vorliegender Rechnung ist kein Zuschuss möglich!*Bei folgenden anderen Kostenträgern wurde um eine Beihilfe angesucht:
(Bitte die Stelle und Höhe der zuerkannten Förderung in € angeben)

Ich bin mit der Weiterleitung meines Ansuchens an konkret in Frage kommende Kostenträger einverstanden (pensionsauszahlende Stelle, Sozialministeriumservice):

☐ ja ☐ nein

Bei Vorliegen einer Vertretung:

Vertreter/in ist: <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r <input type="checkbox"/> Obsorgeberechtigte/r <input type="checkbox"/> Vertretung nach dem Erwachsenenschutzgesetz (Vorsorgevollmacht, gesetzlicher/gewählter/gerichtlicher Erwachsenenvertreter/in, Sachwalter/in, vertretungsbefugter nächster Angehörige/r)	
Nachweis beigegeben: (Bestellungsurkunde, Gerichtsbeschluss) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Familienname	Vorname
<input type="checkbox"/> gleiche Adresse wie Antragsteller/in <input type="checkbox"/> andere Adresse: Straße/Haus-Nr.: PLZ/Ort:	
Tel.-Nr.	E-Mail

Weiters wird versichert, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und nehme zur Kenntnis, dass die Förderung zurückzuzahlen ist, wenn die Kostenträger über wesentliche Umstände falsch oder unvollständig informiert bzw. die Zuwendung widmungswidrig verwendet wurde.

Ich bin damit einverstanden, den Kostenträgern die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung durch Besichtigung an Ort und Stelle zu ermöglichen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Förderung eine freiwillige Leistung ist, auf die kein Rechtsanspruch besteht.

.....
Datum

.....
Unterschrift
☐ Antragsteller/in ☐ Vertreter/in

Hinweis zum Datenschutz:

Das Amt der Salzburger Landesregierung ist Verantwortliche im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung.

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten des Landes Salzburg bei den oben genannten Verantwortlichen:

KPMG Advisory GmbH

Datenschutzbeauftragte: Mag. Inge Roth

Adresse: Kudlichstraße 41, 4020 Linz

E-Mail: DSBA-LandSBG@kpmg.at

Tel. +43 732 6938 0

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt zur Erfüllung eines von Ihnen mittels Antragstellung angestrebten Vertragsverhältnisses.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich zum Zweck der Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen der Fördergewährung bzw einer allfälligen Rückerstattungspflicht. Die personenbezogenen Daten sind nach Ablauf der längsten gesetzlichen Frist zur Geltendmachung oder Abwehr von aus dem Akt erschließbaren möglichen Rechtsansprüchen zu löschen.

Sie haben das Recht, Auskunft bezüglich Ihrer verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Sie haben das Recht, die Berichtigung Sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten sowie die Vervollständigung unvollständiger personenbezogener Daten zu verlangen.

Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in irgendeiner Weise verletzt worden sind, können Sie sich bei der Österreichischen Datenschutzbehörde (Barichgasse 40-42, 1030 Wien, Tel.: +43 1 52 152-0, E-Mail: dsb@dsb.gv.at) beschweren.

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Die Antragstellerin bzw der Antragsteller bestätigt, dass der Förderungsgeber über die oben anzuwendenden Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung informiert hat. Sie bzw er erteilt ausdrücklich die Einwilligung zur Verarbeitung ihrer bzw seiner personenbezogenen Daten.

Unterschrift