|  |  |
| --- | --- |
| 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 | | \* |  |  | | | Geburtsdatum (tt.mm.jjjj) | | | | | \* |  |  | |
| Vorname | | \* |  |  | Geschlecht | \* |  | |  | | männlich | | |  | weiblich |
| Familienstand | | \* | i |  | | | |  | |  |  | | | | |
| i | **Familienstand**: ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet, Lebensgemeinschaft, eingetragene Partnerschaft | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kontakt | | | | | | | | | | | | | | | |
| Straße | \* |  |  | | | | | | | | | Hausnummer | \* |  |  |
| PLZ | \* |  |  | Ort | \* |  | |  | | | | | | | |
| Telefon | \* |  |  | | | | E-Mail | |  |  |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bevollmächtigte/r | | | | | | |
| Ist derzeit ein Verfahren betreffend Bestellung einer Erwachsenenvertretung (vormals Sachwalterschaft) anhängig? | \* |  |  | ja |  | nein |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorheriger Aufenthalt | | | | | | | | | | | | | |
| von | \* |  |  | bis | \* |  | |  | |  | | | |
| Straße | \* |  |  | | | | | | Hausnummer | | \* |  |  |
| PLZ | \* |  |  | Ort | \* |  |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bankverbindung i | | | | | | | | | |
| Kontoname bzw. Kontoinhaber/in | | \* |  |  | |  | | | |
| IBAN | | **\*** |  |  | BIC | |  |  |  |
| i | **Bankverbindung** für die Anweisung des Persönlichen Budgets | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Erwerbstätigkeit | | | | | | | | | | | | |
| Erwerbstätig | | \* | i |  | ja |  | nein | | | |  |  |
| Firma | | \* |  |  | | | | | | |  | |
| Monatliches Einkommen | | \* |  |  | | | | | | |  | |
| Selbstständig | | \* |  |  | ja |  | nein | Monatliches Einkommen | \* |  |  | |
| i | **Erwerbstätigkeit:** wenn ja, bitte Nachstehendes ausfüllen | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pension | | | | | | | | | |
| (Invaliditäts-) Pension | | \* | i |  | ja |  | nein |  |  |
| seit (tt.mm.jjjj) | | \* |  |  | | | |  | |
| Monatliche Höhe | | \* |  |  | | | |  | |
| i | **(Invaliditäts-)Pension:** wenn ja, bitte Nachstehendes ausfüllen | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Behinderteneinstellungsgesetz | | | | | | | | | |
| Anerkennung nach dem BEinstG | | \* | i |  | ja |  | 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 | |  | ja |  | nein |
| Bezirksverwaltungs-behörde | | \* | |  | |  | | | | | | |  | | | |
| Leistung(en) | | \* | |  | |  | | | | | | |  | | | |
| Zeitraum von | | | \* | |  |  | bis | \* | |  | |  | | | | |
| i | **Behinderten-, Sozialhilfe, Mindestsicherung oder Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe:** wenn ja, bitte Nachstehendes ausfüllen | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sonstige Unterstützungsleistungen | | | | | | | | | | | | | | | |
| Weitere Unterstützungs-leistungen / Beihilfen | | \* | | i | |  | ja |  | nein | |  |  | | | |
| Leistung | | |  | | i |  | | | | Monatliche Höhe | | |  |  |  |
| Leistung | | |  | |  |  | | | | Monatliche Höhe | | |  |  |  |
| Leistung | | |  | |  |  | | | | Monatliche Höhe | | |  |  |  |
| Leistung | | |  | |  |  | | | | Monatliche Höhe | | |  |  |  |
| Leistung | | |  | |  |  | | | | Monatliche Höhe | | |  |  |  |
| 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 | \* |  |  | ja |  | nein |  |  |
| Pflegegeldstufe | \* |  |  | | | |  | |
| Bescheiddatum (tt.mm.jjjj) | \* |  |  | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Versicherung | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kranken-versicherungsträger | | | \* | |  | |  | | | | Sozialversicherungs-nummer | | \* |  |  |
| Art der Versicherung | | \* | |  | |  | | haupt-versichert |  | mitversichert bei | |  | | | |
| Weitere Bezüge | | \* | | i | |  | | ja |  | nein | |  | | | |
| Bezug aus | | | \* | |  | |  | | | | Monatliche Höhe | | \* |  |  |
| i | **Weitere Bezüge** aus Versicherungsleistungen wie Kranken-, Unfall bzw. Lebensversicherung: wenn ja, bitte Nachstehendes ausfüllen | | | | | | | | | | | | | | |

Selbsteinschätzung

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Derzeitige Lebens- / Wohnsituation | | | | | | | | | |
| Gesamtanzahl im Haushalt lebender Personen | | \* |  |  |  | | | | |
| Anzahl Erwachsene (18-65 Jahre) | | \* |  |  | Anzahl Erwachsene über 66 Jahre | | \* |  |  |
| Anzahl Kinder/ Jugendliche unter 18 | | \* |  |  |  | | | | |
| Beschreibung der Lebens-/ Wohn-situation | | \* | i |  | |  | | | |
|  | |  |  |
| 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 | | \* |  |  | | | | | |
| Aktuelle Pflegestufe | | \* |  |  |  | |  |  |  |
| Auswirkungen auf die aktuelle Lebens-/ Wohnsituation | | \* | i |  | |  | | | |
|  | |  |  |
| 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 |  |  |
|  | |  |  |
| 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 außerhalb des Alltags | | \* | i |  | |  |
|  | |  |  |
| 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 zugrundliegenden 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-Informationsseite (<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 |  |
|  |