

An

Wir bitten Sie, den Antrag vollständig auszufüllen. Damit tragen Sie dazu bei, dass Ihr Ansuchen rasch erledigt wird.

Bezirkshauptmannschaft _____

Stadtmagistrat Innsbruck, Soziales / Rehabilitation und Behindertenhilfe

Zutreffendes bitte ankreuzen!

ANTRAG

auf Gewährung einer Maßnahme nach dem Tiroler Rehabilitationsgesetz (TRG)

Erstantrag

Änderung

Verlängerung

zusätzliche Maßnahme

Name des Menschen mit Behinderung	Vorname: _____ Vers.-Nr.: _____ Familiennamen: _____ Geb.- Datum: _____ Staatsangehörigkeit: _____ Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft	
Adresse des Menschen mit Behinderung	Straße: _____ HNr.: ____ Top: ____ Ort: _____ PLZ: _____ wohnt seit: _____ Hauptwohnsitz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Telefon _____ E-Mail _____	
Beruf des Menschen mit Behinderung		
SachwalterIn / gesetzlicher Vertreter samt Adresse		
Art und Ausmaß der Behinderung	Festgestellt durch:	
Hat eine andere Person die Behinderung verursacht? (Name, Anschrift, Höhe des Schadenersatzes)		
Unterhaltspflichten des Menschen mit Behinderung (Kinder, Ehegatte - samt Name und Alter)		
Pflegegeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pflegegeldstufe	erhöhte Familienbeihilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Monatliche Einkünfte des Menschen mit Behinderung (Erwerbseinkommen, Pension, AMS-Bezug, Alimente, Kindergeld, Krankengeld, Mieteinnahme, Mietzinsbeihilfe, Ehegattenunterhalt etc.)

Art des Einkommens (z.B. Pension)	Monatlicher Betrag in €

Nur bei Antrag auf vollstationäre Maßnahmen: **Vermögen** des Menschen mit Behinderung

(Eigentumswohnung, Spargbuch, Bauspartvertrag, Wertpapiere, Anleihen, etc.)

Ehegatte/in des Menschen mit Behinderung	Name	Geb.- Datum	monatliches Einkommen
	DienstgeberIn:		
<u>Unterhaltspflichten</u> des/der Ehegatten/In gegenüber (Ver- wandschaftsverhältnis, Name, Alter)			
Vater des Menschen mit Behinderung	Name	Geb. - Datum	monatliches Einkommen
	DienstgeberIn:		
<u>Unterhaltspflichten</u> des Vaters gegenüber (Ver- wandschaftsverhältnis, Name, Alter)			
Mutter des Menschen mit Behinderung	Name	Geb. - Datum	monatliches Einkommen
	DienstgeberIn:		
<u>Unterhaltspflichten</u> der Mutter gegenüber (Ver- wandschaftsverhältnis, Name, Alter)			

Beantragte Rehabilitationsmaßnahme:	
<input type="checkbox"/> § 5 Heilbehandlung	<input type="checkbox"/> § 12 Geschützte Werkstätten
<input type="checkbox"/> § 7 Beschäftigungstherapie	<input type="checkbox"/> § 14 Persönliche Hilfe
<input type="checkbox"/> § 8 Hilfe zur Erziehung und Schulbildung	<input type="checkbox"/> § 15 Sonstige Maßnahmen
<input type="checkbox"/> § 11 Geschützte Arbeit	
Konkrete Bezeichnung der Maßnahme und Ausmaß der beantragten Maßnahme (bei Stundenleistungen):	
Name der Einrichtung/Person von der die Maßnahme durchgeführt wird:	
Geldleistungen sollen überwiesen werden an:	
<input type="checkbox"/> Menschen mit Behinderung selbst <input type="checkbox"/> sonstige (Name, Adresse)	

Konto-Nr.: _____ BLZ: _____ Kreditinstitut: _____	
Gesetzliche/r Vertreter/in (Vater oder Mutter bzw. SachwalterIn)	Name: _____
	Adresse: _____
	Telefon: _____

<i>Beizuschließen sind in Kopie:</i>
<input type="checkbox"/> Meldezettel *
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde *
<input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis * oder Reisepass bzw. Personalausweis*
<input type="checkbox"/> EU-Bürger, Personen aus Drittstaaten: Aufenthaltstitel nach den jeweiligen Rechtsvorschriften
<input type="checkbox"/> Einkommensnachweis(e)
<input type="checkbox"/> Bescheid des Bundessozialamtes über den Grad der Behinderung bzw. Kopie des Behindertenausweises * oder Bescheid des Finanzamtes über die erhöhte Familienbeihilfe
<input type="checkbox"/> Beschluss des Pflugschaftgerichts über die Sachwalterschaft *
<input type="checkbox"/> aktuelle ärztliche und/oder psychologische Befunde, aus denen sich Art und Ausmaß der Behinderung und evtl. die Notwendigkeit der beantragten Maßnahme ergeben
<input type="checkbox"/> Verlaufsbericht des Leistungserbringers (Therapeut, Einrichtung) **
<i>* nur bei Neuantrag bzw. Änderung der maßgeblichen Daten</i>
<i>** nur bei Verlängerungsantrag bzw. Änderungsantrag</i>

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Der Empfänger einer Geldleistung oder sein gesetzlicher Vertreter sowie die nach § 20 und § 20 a TRG zur Leistung eines Kostenbeitrages verpflichteten Personen haben jede Änderung in den für die Gewährung dieser Geldleistung bzw. in den für die Festsetzung der Kostenbeiträge nach § 20 und § 20 a TRG maßgebenden Verhältnissen binnen zwei Wochen ab dem Zeitpunkt, in dem sie vom Eintritt der Änderung Kenntnis erlangt haben, der Behörde anzuzeigen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückzuzahlen sind (§ 28 TRG).

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten für die Gewährung und eventuelle Rückforderung dieser Leistungen in der Datenanwendung TISO (Tiroler Informationssystem Sozialverwaltung) in Form eines Informationsverbundsystems verarbeitet werden. Betreiber des Informationsverbundsystems ist das Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, Eduard-Wallnöfer-Platz 3, 6020 Innsbruck.

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift