

An

- Bezirkshauptmannschaft**
- Stadtmagistrat Innsbruck**
Soziales/Rehabilitation und Behindertenhilfe



HINWEIS: Wir bitten Sie, den Antrag vollständig auszufüllen und alle erforderlichen Unterlagen beizulegen.
Damit tragen Sie dazu bei, dass Ihr Ansuchen rasch erledigt werden kann.

ANTRAG auf Gewährung einer Leistung nach der Sucht-Richtlinie

Erstantrag **Änderung** **Verlängerung**

I. Persönliche Daten des Menschen mit Suchterkrankungen			
Vor- und Familienname, Titel:			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	Vers.-Nr.:	Vers.-Anstalt:	
Staatsbürgerschaft:			
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet			
Adresse:	Straße:		Ort:
	PLZ:		
Wohnhaft seit:	Ist dies der Hauptwohnsitz?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon:	E-Mail:		
Beruf:			

II. Angaben zur gesetzlichen Vertreterin, Vorsorgevollmacht bzw. Erwachsenenvertretung
Name:
Adresse:
Telefon:
Angaben zur Eintragung im Österreichischen Zentralen Vertretungsregister bzw. gerichtlichen Beschluss (z.B. <i>Bezirksgericht, Geschäftszahl, usw.</i>):

III. Suchterkrankungen

Art und Schwere der Suchterkrankungen (z.B. ICD-10 Klassifikation):*

*Nachweise, aus denen das Vorliegen und die Art und Schwere von Suchterkrankungen hervorgehen, wie z.B. aktuelle fachärztliche Befunde

IV. Beantragte Leistungen

Konkrete Bezeichnung der Maßnahme und Ausmaß der beantragten Maßnahme:

- stationäre Entwöhnungstherapie
- ambulante/mobile Nachsorge
- Tagesstruktur

Empfohlene Dauer der Maßnahme:

Name der Einrichtung/Person von der die Maßnahme durchgeführt wird:

V. Zusätzlich beantragte Leistungen

- § 6a Ersatz von Fahrtkosten

VI. Gerichtliche Weisung

Gerichtliche Weisung ja nein

Der Mensch mit Suchterkrankungen bzw. dessen gesetzliche Vertreterin hat jede Änderung in den für die Gewährung der Leistung nach der Sucht-Richtlinie maßgeblichen Verhältnissen binnen acht Wochen ab dem Zeitpunkt, in dem sie vom Eintritt der Änderung Kenntnis erlangen, der zuständigen Stelle anzuzeigen.

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass die von mir gemachten Angaben richtig und vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum

Unterschrift der

Antragstellerin

(gesetzlichen) Vertreterin

<i>Beizuschließen sind in Kopie:</i>
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde*
<input type="checkbox"/> Meldebescheinigung*
<input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis * oder Reisepass bzw. Personalausweis*, bei nicht-österreichischen Staatsbürgern mit Suchterkrankungen der nach dem Recht des Herkunftsstaates vorgesehene Nachweis der Staatsangehörigkeit bzw. ein von den Behörden des Herkunftsstaates ausgestelltes Reisedokument*
<input type="checkbox"/> gleichgestellte Angehörige von Unionsbürgerinnen und Staatsangehörigen anderer Vertragsstaaten des EWR-Abkommens und der Schweiz: Nachweise, aus denen die Angehörigeneigenschaft hervorgeht;
<input type="checkbox"/> bei Drittstaatsangehörigen (Bürgern aus Nicht-EU-/EWR-Staaten) mit Suchterkrankungen zusätzlich: gültiger Aufenthaltstitel bzw. Entscheidung über die Anerkennung als Flüchtling bzw. die Gewährung von Asyl bzw. die Zuerkennung des Status der Asylberechtigten bzw. Nachweis über die Gewährung des Status der subsidiär Schutzberechtigten oder Nachweis über die Tätigkeit als Forscherin, Studentin, Au-Pair-Kraft oder Praktikantin bzw. Nachweis über den Bezug von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe*
<input type="checkbox"/> Nachweise, aus denen das Vorliegen und die Art und Schwere von Suchterkrankungen hervorgehen, wie z.B. aktuelle fachärztliche Befunde/Zuweisung*
<input type="checkbox"/> Unterlagen über die gesetzliche Vertretung, Vorsorgevollmacht bzw. Erwachsenenvertretung*
<input type="checkbox"/> Angaben über bereits beantragte, gewährte oder laufende Leistungen
<input type="checkbox"/> Verlaufsbericht der Dienstleisterin (Therapeutin, Einrichtung) **
* nur bei Neuantrag bzw. Änderung der maßgeblichen Umstände ** nur bei Verlängerungsantrag bzw. Änderungsantrag

EINWILLIGUNG ZUR DATENVERARBEITUNG

Hiermit erteile ich dem Land Tirol/der Tiroler Landesregierung (Eduard-Wallnöfer-Platz 3, 6020 Innsbruck) (Datenschutzbeauftragter: Dr. Norbert Habel, Eduard-Wallnöfer-Platz 3, 6020 Innsbruck, +43 512 508 1870, datenschutzbeauftragter@tirol.gv.at) die ausdrückliche Einwilligung, folgende personenbezogene Daten:

- a. vom Menschen mit Suchterkrankungen
 - Identifikationsdaten, Adressdaten, Erreichbarkeitsdaten
 - Daten zur Person, Familienstand, Sozialversicherungsdaten
 - Daten über familiäres und soziales Umfeld, Vertretungsverhältnisse
 - Besondere Kategorien personenbezogener Daten
 - Ausbildungs- und Qualifikationsdaten
 - Berufsbezogene bzw. Tätigkeitsbezogene Daten
 - Bankdaten, Abrechnungsdaten
- b. von (gesetzlichen) Vertreterinnen des Menschen mit Suchterkrankungen
 - Identifikationsdaten, Adressdaten, Erreichbarkeitsdaten

zu verwenden und zum Zwecke der

- Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen für die Gewährung von Leistungen nach der Sucht-Richtlinie
- Ausübung der behördlichen Aufsicht
- Finanzierung und Abrechnung von Leistungen mit Dienstleisterinnen
- Statistik

zu verarbeiten.

Die verarbeiteten Daten werden vor dem Zugriff Nichtberechtigter gesichert, gespeichert und gelöscht, wenn durch einen Zeitraum von sieben Jahren keine Leistung nach der Sucht-Richtlinie bezogen wurde, soweit sie nicht in anhängigen Verfahren weiter benötigt werden. Des Weiteren werden die verarbeiteten Daten gelöscht, wenn diese Einwilligung zurückgezogen wird.

Weiters wird die Einwilligung erteilt, Daten nach Pkt. a bis b im erforderlichen Ausmaß zum Zwecke

- der Erfüllung der den nachstehend genannten Einrichtungen bzw. Organen obliegenden Aufgaben
- der Vermeidung der mehrfachen Gewährung gleichartiger oder ähnlicher Leistungen

an

- Behörden des Bundes bzw. Behörden anderer Länder
- Bezirksverwaltungsbehörden
- das Amt der Tiroler Landesregierung
- Gemeinden, Gemeindeverbände
- Gerichte
- Träger der dienstrechtlichen Kranken- und Unfallfürsorgeeinrichtungen
- zuständige Sozialversicherungsträger, Sozialministeriumservice
- regionale Geschäftsstellen des Arbeitsmarktservice (AMS)
- (ausländische) Versicherungsträger

zu übermitteln.

Zudem wird die Einwilligung erteilt, vom Menschen mit Suchterkrankungen

- Identifikationsdaten, Adressdaten, Erreichbarkeitsdaten
- Vertretungsverhältnisse
- Besondere Kategorien personenbezogener Daten

zum Zweck der Erbringung sowie der Abrechnung der Leistungen nach der Sucht-Richtlinie an Dienstleisterinnen zu übermitteln.

Die Einwilligung kann jederzeit per E-Mail an suchtkoordination@tirol.gv.at unter Angabe der genauen Datenverarbeitung (Speicherung, Weitergabe etc.) widerrufen werden.

Die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass im Falle des Widerrufs unter Umständen die gewünschten Leistungen nicht mehr bzw. nur mehr eingeschränkt erbracht werden können.

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung, Löschung unzulässig verarbeiteter Daten und das Recht, gegen die Verarbeitung der Daten Widerspruch einzulegen. Ihre Ansprüche werden im Einzelfall geprüft, darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht an die Datenschutzbehörde.

Ort und Datum

Unterschrift der

Antragstellerin

(gesetzlichen) Vertreterin

Hinweis:

Die Verweigerung der Einwilligung zur Datenverarbeitung kann die Ablehnung des Antrages bzw. die Einstellung der laufenden Leistung nach der Sucht-Richtlinie zur Folge haben.