

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 dem Tiroler Teilhabegesetz (TTHG)

- Erstantrag**     **Änderung**     **Verlängerung**     **zusätzliche Maßnahme**

I. Persönliche Daten des Menschen mit Behinderungen			
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:		
	PLZ:	Ort:	
Wohnhaft seit:	Ist dies der Hauptwohnsitz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Telefon:	E-Mail:		
Beruf:			

II. Angaben zum gesetzlichen Vertreter Vorsorgevollmacht bzw. Erwachsenenvertretung
Name:
Adresse:
Telefon:
Angabe zur Eintragung im Österreichischen Zentralen Vertretungsregister bzw. gerichtlichen Beschluss (z.B. Bezirksgericht, Geschäftszahl, usw.):

III. Angaben zu den Behinderungen und zum Pflegegeld	
Art und Ausmaß der Behinderungen:	
Festgestellt durch:	
Hat eine andere Person die Behinderungen verursacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn Ja: Name:	
Anschritt:	
Höhe des Schadenersatzes:	
Pflegegeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn Ja: Pflegegeldstufe:
Erhöhte Familienbeihilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

IV. Unterhaltspflichten des Menschen mit Behinderungen
Name und Alter der Kinder und Ehegatte:

V. Einkommensverhältnisse des Menschen mit Behinderungen	
Monatliche Einkünfte (Erwerbseinkommen, Pension, AMS-Bezug, Alimente, Kindergeld, Krankengeld, Mieteinnahmen, Mietzinsbeihilfe, Ehegattenunterhalt etc.)	
Art des Einkommens (z.B. Pension)	Monatlicher Betrag in €

VI. Angehörige des Menschen mit Behinderungen	
<b>Ehegatte/in</b>	
Name: <span style="float: right;">Geb. Datum:</span>	
Dienstgeber: <span style="float: right;">Monatliches Einkommen:</span>	
Unterhaltspflichten des/der Ehegatten/In gegenüber (Verwandtschaftsverhältnis, Name, Alter)	

<b>Vater</b>	
Name, Adresse, Telefon:	
Geb. Datum:	Familienstand:
Dienstgeber:	Monatliches Einkommen:
Unterhaltspflichten des/der Ehegatten/In gegenüber ( <i>Verwandtschaftsverhältnis, Name, Alter</i> )	
<b>Mutter</b>	
Name, Adresse, Telefon:	
Geb. Datum:	Familienstand:
Dienstgeber:	Monatliches Einkommen:
Unterhaltspflichten des/der Ehegatten/In gegenüber ( <i>Verwandtschaftsverhältnis, Name, Alter</i> )	

VII. Beantragte Maßnahme	
<input type="checkbox"/> § 6 Mobile Unterstützungsleistungen	<input type="checkbox"/> § 12 Wohnen
<input type="checkbox"/> § 7 Kommunikation und Orientierung	<input type="checkbox"/> § 13 Personenbeförderung
<input type="checkbox"/> § 8 Therapien und psychologischen Behandlungen	<input type="checkbox"/> § 16 Arbeitsplatzzuschüsse
<input type="checkbox"/> § 9 Pädagogische Förderung	<input type="checkbox"/> § 17 Ersatz von Fahrtkosten
<input type="checkbox"/> § 10 Tagesstruktur – Wohnen für Kinder und Jugendliche	<input type="checkbox"/> § 20 Sonstige Zuschüsse <i>Bezeichnung des Zuschusses:</i>
<input type="checkbox"/> § 11 Arbeit - Tagesstruktur	
Konkrete Bezeichnung der Maßnahme und Ausmaß der beantragen Maßnahme	
Name der Einrichtung/Person von der die Maßnahme durchgeführt wird:	
Hausbesuch: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn Ja:	
<input type="checkbox"/> Hausbesuch in Einrichtung (zB. Schule, Kindergarten)	
<input type="checkbox"/> Hausbesuch privat (zu Hause):	
Adresse:	

Geldleistungen sollen überwiesen werden an:

Menschen mit Behinderungen selbst

sonstige

Name, Adresse:

Bank:

IBAN:

Gesetzliche/r Vertreter/in (Vater oder Mutter bzw. Erwachsenenvertreter):

Name:

Adresse:

Telefon:

**Der Mensch mit Behinderung oder sein gesetzlicher Vertreter sowie die nach §§ 23 und 24 TTHG zur Leistung eines Kostenbeitrages verpflichteten Personen haben jede Änderung in den für die Gewährung der Leistung bzw. in den für die Festsetzung der Kostenbeiträge nach §§ 23 und 24 TTHG maßgebenden Verhältnissen binnen acht 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 (§ 40 TTHG).**

#### **Hinweise zum Datenschutz**

Zur Bearbeitung Ihres Anliegens bzw. zur Durchführung des Verfahrens werden personenbezogene Daten verarbeitet. Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten finden Sie unter: [TISO - Tiroler Informationssystem Sozialverwaltung](#)

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

-----  
Ort und Datum

-----  
Unterschrift des

Antragstellers

gesetzlichen Vertreters

Erwachsenenvertreters/ Bevollmächtigten

*Beizuschließen sind in Kopie:*

- Geburtsurkunde \*
- Staatsbürgerschaftsnachweis \* **oder** Reisepass bzw. Personalausweis\*, bei nicht-österreichischen Staatsbürgern mit Behinderungen der nach dem Recht des Herkunftsstaates vorgesehene Nachweis der Staatsangehörigkeit bzw. ein von den Behörden des Herkunftsstaates ausgestelltes Reisedokument \*
- gleichgestellte Angehörige von Unionsbürgerinnen und Staatsangehörigen anderer Vertragsstaaten des EWR-Abkommens und der Schweiz: Nachweise, aus denen die Angehörigeneigenschaft hervorgeht;
- Bescheid des Sozialministeriumservice über den Grad der Behinderungen bzw. Kopie des Behindertenausweises \* oder Bescheid des Finanzamtes über die erhöhte Familienbeihilfe\*, Parkausweis für Menschen mit Behinderung § 29b StVO\*. Bei gleichgestellten Personen: gleichwertiger Nachweis der Behinderung Entscheidung über den Bezug von Pflegegeld bzw. einer gleichwertigen Leistung nach ausländischen Vorschriften.
- bei Drittstaatsangehörigen (Bürgern aus Nicht-EU-/EWR-Staaten) mit Behinderungen 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
- aktuelle ärztliche und/oder psychologische Befunde, aus denen sich Art und Ausmaß der Behinderungen und evtl. die Notwendigkeit der beantragten Maßnahme ergeben
- Einkommensnachweise (Menschen mit Behinderung, zum Unterhalt verpflichtete Personen und Angehörige die im gemeinsamen Haushalt wohnen), Unterhaltspflichten des Menschen mit Behinderung.
- Unterlagen über die gesetzliche Vertretung, Vorsorgevollmacht bzw. Erwachsenenvertretung \*
- Verlaufsbericht der Dienstleisterin (Therapeut, Einrichtung) \*\*
- Angaben über beantragte, gewährte oder laufende Leistungen oder Zuschüsse nach anderen Rechtsvorschriften (§ 2 Abs. 2 lit. a TTHG) bzw. offene, gerichtliche Verfahren und feststehende privatrechtliche Ansprüche (§ 2 Abs. 2 lit. b TTHG).

\* *nur bei Neuantrag bzw. Änderung der maßgeblichen Daten*

\*\* *nur bei Verlängerungsantrag bzw. Änderungsantrag*

Stand: Jänner 2020