

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 Förderung

- für den Ankauf/Adaption eines Kraftfahrzeuges
 für bauliche Adaptierungsmaßnahmen
 für behinderungsbedingte Maßnahmen (Hilfsmittel)

Einreichstelle (bitte ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zuständige Bezirksverwaltungsbehörde (Behindertenhilfe)
<input type="checkbox"/> Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)
<input type="checkbox"/> Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)
<input type="checkbox"/> Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)
<input type="checkbox"/> sonstige Stelle: | <input type="checkbox"/> Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft (SVA)
<input type="checkbox"/> Pensionsversicherungsanstalt (PVA)
<input type="checkbox"/> Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA)
<input type="checkbox"/> Sozialministeriumservice, Landesstelle Tirol |
|--|--|

Ich beantrage zudem, dass dieser Antrag im Falle der Weiterleitung durch die Einreichstelle als Antrag bei anderen Kostenträgern gewertet wird!

I. Persönliche Daten des Menschen mit Behinderungen	
Vor- und Familienname, Titel:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	Vers.-Nr.:
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:
Mitglied bei einer Krankenversicherung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja welche:	
Mitversichert bei:	
Erhöhte Familienbeihilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Berufstätig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja Dienstgeber/in:	

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	
Grad der Behinderungen nach Einstufung des Sozialministeriumservice (in %): (Bitte Kopie des Behindertenpasses vorlegen!)	
Folgende Gesundheitsschädigungen liegen vor:	
Bestehen die Behinderungen seit der Geburt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hat ein/e Dritte/r die Behinderungen verursacht? (Unfall o. Ä.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pflegegeldstufe: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 100	Höhe des Pflegegeldes:
Wurde ein Pflegegeld bzw. eine Pflegegelderhöhung beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja Antragstelle:	

IV. Einkommensverhältnisse des Menschen mit Behinderungen	
(Bitte Zutreffendes ankreuzen und Nachweise beilegen!)	
Bezieht der Mensch mit Behinderungen ein Einkommen? <input type="checkbox"/> ja <i>Hinweis: bitte Zahlen 1 bis 7 entsprechend ausfüllen</i> <input type="checkbox"/> nein <i>Hinweis: weiter ausfüllen ab Punkt V</i>	
1. Renten und Pensionen	
Rente oder Pension wird bezogen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja:	
<input type="checkbox"/> Rente (z.B. von Sozialversicherungsträger, Kriegsopferrente, Opferfürsorgerente, Fürsorge- oder Zuschussrente, ausländische Rente, etc.):	
	monatlich netto € monatlich netto € monatlich netto €
<input type="checkbox"/> Pension (z.B. von einem Sozialversicherungsträger, öffentliche Pension, Firmenpension, Dienstgeberpension, ausländische Pension, etc.):	
	monatlich netto € monatlich netto € monatlich netto €

2. Sozialleistungen

Sozialleistung wird bezogen: ja nein

Wenn ja:

<input type="checkbox"/> Krankengeld <input type="checkbox"/> Wochengeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Notstandshilfe <input type="checkbox"/> Familienbeihilfe <input type="checkbox"/> Kinderbetreuungsgeld	Auszahlende Stelle.	<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto € <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto € <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto € <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto € <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto € <input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
---	---------------------	--

3. Unselbstständige Erwerbstätigkeit

Unselbstständige Erwerbstätigkeit wird ausgeübt: ja nein

Wenn ja:

Dienstgeber/in:

monatlicher Nettoverdienst (exkl. Sonderzahlungen): €

4. Selbstständige Erwerbstätigkeit

Selbstständige Erwerbstätigkeit wird ausgeübt: ja nein

Wenn ja:

Dienstgeber/in:

Geschätzte Einkünfte im laufenden Kalenderjahr: €

5. Land- und forstwirtschaftlicher Besitz

Land- und forstwirtschaftlicher Besitz vorhanden: ja nein

Wenn ja:

Selbstbewirtschaftung Verpachtung

6. Unterhaltszahlungen oder Alimente

Unterhaltszahlungen oder Alimente vorhanden: ja nein

Wenn ja:

monatlich netto: €:

7. Sonstige Einkünfte bzw. Vermögen

Sonstige Einkünfte vorhanden ja nein

Wenn Ja:

<input type="checkbox"/> Vermietung	<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> Verpachtung	<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> Stipendium	<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> Studienbeihilfe	<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> Mindestsicherung	<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> Mietzinsbeihilfe	<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> Wohnbeihilfe	<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €
<input type="checkbox"/> andere Einkünfte:..	<input type="checkbox"/> tägl. <input type="checkbox"/> mtl. netto €

V. Persönliche Daten der mit dem Menschen mit Behinderungen im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen (Ehegatte/in, Lebensgefährte/in, Kinder, Eltern, Verwandte, etc.) (Bitte entsprechende Nachweise beilegen!)			
Vor- und Familienname	Geburtsdatum	Naheverhältnis	Mtl. Nettoeinkommen lt. Pkt. IV Z 1 bis 7 und Alimentationszahlungen
			Art
			€
			€
			€

VI. Unterhalts-/Sorgeverpflichtung für nicht mit dem Menschen mit Behinderungen im gemeinsamen Haushalt lebende/n Ehegatten/in und Kinder			
Vor- und Familienname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Höhe der monatlichen Unterhaltsleistungen
			€
			€
			€

VII. Beschreibung des Vorhabens (kurze Begründung betreffend die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Maßnahmen)

VIII. Finanzierung	
Voraussichtliche Gesamtkosten	€
Voraussichtliche Eigenleistungen	€
Behindertenbedingter Mehraufwand	€
Förderungen wurden zugesagt von	Förderungshöhe
	€
	€
	€

IX. Geldleistung soll überwiesen werden an	
<input type="checkbox"/> Antragsteller/in	
<input type="checkbox"/> gesetzliche Vertretung Name / Adresse:	
<input type="checkbox"/> Lieferfirma (<u>Hinweis</u> : nur bei Anträgen für Hilfsmittel): Name:	
IBAN:	Bank:
Wurde das Vorhaben bereits bezahlt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

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](#)

Einbringung bei einem anderen Kostenträger:

- Ich verpflichte mich, die Leistung zurückzuzahlen, wenn
 - ich die Kostenträger über wesentliche Umstände unvollständig oder falsch unterrichtet habe,
 - das geförderte Vorhaben nicht oder durch mein Verschulden nicht rechtzeitig durchgeführt wird,
 - die Zuwendung widmungswidrig verwendet wird oder Bedingungen durch mein Verschulden nicht eingehalten werden,
 - ich die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung vereitle.
- Ich verpflichte mich weiter, den Kostenträgern jederzeit die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung der gewährten Förderungsmittel durch Einsicht in die Bücher und Belege sowie durch Besichtigung an Ort und Stelle zu ermöglichen.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Förderung durch die Kostenträger nur unter den genannten Bedingungen gewährt wird. Die Höhe des Zuschusses hängt von den finanziellen Mittel ab, die den Kostenträgern zur Verfügung stehen. Auf Leistungen von den diversen Kostenträgern besteht kein Rechtsanspruch.
- Bei offenen Restkosten in Höhe der bewilligten Förderung erkläre ich mich mit einer direkten Verrechnung mit der Lieferfirma einverstanden.

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:

Staatsbürgerschaftsnachweis*

Einkommensnachweis(e) (für die Punkte IV und V – z.B. Lohnzettel, Steuererklärung, Einheitswertbescheid bei land- und forstwirtschaftlichem Besitz, etc.)*

<input type="checkbox"/> Bescheid des Sozialministeriumservice über den Grad der Behinderungen bzw. Kopie des Behindertenpasses* oder Bescheid des Finanzamtes über die erhöhte Familienbeihilfe (Punkt III und IV)
<input type="checkbox"/> Unterlagen über die gesetzliche Vertretung, Vorsorgevollmacht bzw. Erwachsenenvertretung * (Punkt II)
<input type="checkbox"/> aktuelle ärztliche Befunde , die für die Beurteilung der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der beantragten Maßnahmen relevant sind und aus denen sich Art und Ausmaß der Behinderungen ergeben*
<input type="checkbox"/> Kostenvoranschläge bzw. auf die/den Antragsteller/in oder die gesetzliche Vertretung lautende Rechnung(en) mit Zahlungsnachweis(en)
<input type="checkbox"/> Nachweise über Zahlungsverpflichtungen (für die Punkte V und VI)
<input type="checkbox"/> Nachweis über Pflegegeld (Punkt III)
<i>bei Ankauf bzw. Adaptierung eines Kraftfahrzeuges zusätzlich:</i>
<input type="checkbox"/> Führerschein und Zulassung
<i>Hinweis für Zuschüsse oder Darlehen der Sozialversicherungsträger: Es wird weiters das ausgefüllte Formular „Zusatzangaben“ und gegebenenfalls eine Bürgschaftserklärung benötigt.</i>
<i>Hinweis für Zuschüsse beim Sozialministeriumservice, Landesstelle Tirol: Bei Zuschüssen für berufstätige Personen ist ein gesonderter Antrag zu stellen.</i>
<i>* nur bei Erstantrag bzw. Änderung der maßgeblichen Daten</i>

Stand: Dezember 2018

Zusatzangaben

bei Antrag auf PKW-Zuschuss bzw. PKW-Darlehen

(Hinweis: wird nur von den Sozialversicherungsträgern gewährt)

Antrag auf: Zuschuss Darlehen

I. Angaben zum Kraftfahrzeug:	
Das Kraftfahrzeug wird benötigt für:	<input type="checkbox"/> die Erreichung des Arbeitsplatzes
	<input type="checkbox"/> die Berufsausübung
	<input type="checkbox"/> privat

II. Angaben zur Wegstrecke	
Die Länge der einfachen Wegstrecke zwischen Wohnung und Arbeitsplatz beträgt: km
Diese Strecke wird von einem öffentlichen Verkehrsmittel befahren:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Womit wurde der Weg zum Arbeitsplatz bisher bewältigt?	
Gehstrecke zum nächstgelegenen öffentlichen Verkehrsmittel:	
vom Wohnort: m
vom Arbeitsplatz: m

III. Angaben zum Grund für den Ankauf bzw. Wechsel des Kraftfahrzeuges

IV. Finanzierung	
Gesamtkosten:	€
davon behinderungsbedingte Mehrkosten (z.B. Automatik, Adaptierungen, etc.)	€
Altwagenerlös	€
Eigenmittel	€
Benötigte Darlehenshöhe	€

IV.a Zahlungsverpflichtungen des Menschen mit Behinderungen oder der Eltern des Menschen mit Behinderungen (Hinweis: nur bei Darlehen der Sozialversicherungsträger)			
Bank/Kreditbeginn	Gesamtschuld	monatliche Rate	Grund
	€	€	
	€	€	
	€	€	

V. Weitere Angaben	
Führerschein lautend auf:	
Zulassungsschein lautend auf:	
Auflagen/Einschränkungen der Verkehrsbehörde:	
Ausweis gemäß § 29b StVO	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Auf Rollstuhl angewiesen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Behindertenpasseintragung: „Unzumutbarkeit... öffentliche Verkehrsmittel“ vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Der Mensch mit Behinderungen hat schon einmal eine Förderung für ein Kraftfahrzeug (zugelassen am) erhalten:	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, in welchem Jahr:	

- Ich bin damit einverstanden, dass im Falle einer Vorfinanzierung durch ein Darlehen die Zuschüsse anderer Stellen zur Abdeckung des Darlehens direkt an die vorfinanzierende Institution überwiesen werden.
- Ich verpflichte mich, das Darlehen in regelmäßigen Monatsraten in vorgeschriebener Höhe abzudecken.
- Als Sicherstellung biete ich an:
- Ich nehme zur Kenntnis, dass die Förderung zurückzuzahlen ist, wenn ich die Kostenträger über wesentliche Umstände falsch oder unvollständig informiert habe.
- Ich bin einverstanden, dass die zur Bearbeitung dieses Antrages notwendigen, meine Person betreffenden Daten zwischen den in Frage kommenden Kostenträgern übermittelt werden.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die einzelnen Kostenträger weitere Bedingungen vorbehalten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragstellerin/Antragstellers bzw. der
gesetzlichen Vertretung

Folgende Unterlagen schließe ich dem Antrag für einen PKW-Zuschuss bzw. ein PKW-Darlehen bei:

- Kostenvoranschlag bzw. Rechnungen (inkl. behinderungsbedingte Mehrkosten)
- Kopie des Führerscheins
- Kopie des Behindertenpasses
- Kopie des Parkscheines (§ 29b – Ausweis)
- Bürgschaftserklärung für Sozialversicherungsträger
- Nachweis über Altwagenerlös

Wurde das Auto bereits gekauft, wird weiters benötigt:

- die Rechnung über den Erwerb des Fahrzeuges (Original mit dem Vermerk „bezahlt“ oder Anschluss einer Einzahlungsbestätigung über den Rechnungsbetrag) und Übernahmebestätigung bei Anweisung ans Autohaus
- Zulassungsschein (Kopie)

Bei Gewährung eines zinsfreien Darlehens benötigen die Sozialversicherungsträger (Hinweis: mit Ausnahme der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, bei welcher im Bedarfsfall eine separate Kontaktaufnahme mit dem Anspruchsberechtigten erfolgt) zur Sicherstellung eine Bankgarantie oder einen Bürgen (Mindesteinkommen ist erforderlich). **Siehe Beilage**

BÜRGSCHAFTSERKLÄRUNG
(für Darlehen, die bei einem Sozialversicherungsträger beantragt werden)

(Niederschrift)

In der Auskunftsstelle der *(Sozialversicherungsträger)*

in Wien

in der Landesstelle

im Rahmen des Sprechtages in

spricht Frau/Herr

.....
(Name, Geburtsdatum und Anschrift des Bürgen)

ausgewiesen durch

Angaben zur Feststellung des Aktes (Darlehensnehmer):

Name: VSNR:

wohnhafte:

Es wird ersucht, folgende Mitteilung zum Akt zu nehmen:

Ich übernehme die Sicherstellung des von der
..... *(Sozialversicherungsträger)* (als Gläubiger) Frau / Herrn
..... *(Mensch mit Behinderungen)* gewährten Darlehens

für den Ankauf eines PKW

die Schaffung einer behindertengerechten Wohnmöglichkeit

die Ermöglichung der Fortsetzung der Erwerbstätigkeit

in der Höhe von EUR

die **Haftung als Bürge und Zahler** im Sinne des § 1357 ABGB zur ungeteilten Hand.
Abtretungserklärung für Pensionsbezieher: Für den Fall, dass auf mich als Bürge und Zahler zurückgegriffen wird, trete ich meinen Pensionsanspruch in Höhe der Rückzahlungsraten an die *(Sozialversicherungsträger)* gemäß § 98 ASVG, § 65 GSVG bzw. § 61 BSVG an die Versicherungsanstalt ab.

Ich verpflichte mich, jede Änderung meiner Einkommens- und Vermögensverhältnisse bekannt zu geben.

Mein Nettoeinkommen beträgt wöchentlich/monatlich/jährlich: EUR

Mein Einkommen ist unbelastet

belastet durch:

(durch entsprechende Nachweise zu belegen)

.....
(Unterschrift der Auskunftsperson / gemeinde-
amtliche oder gerichtliche Bestätigung)

.....
(Unterschrift der Partei – Bürge)