

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 Therapie gem. § 8 Tiroler Teilhabegesetz (THG)**  
**VERKÜRZTES ANTRAGSFORMULAR**  
**für Personen, die in einer Tagesstruktur begleitet werden**

- Erstantrag**       **Änderungsantrag**       **Verlängerungsantrag**

I. Persönliche Daten des Menschen mit Behinderung			
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:	

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

III. Angaben zum Pflegegeld und bestehende Leistungen nach dem THG		
Pflegegeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn Ja: Pflegegeldstufe:
Tagestruktur bei:		
<input type="checkbox"/> Lebenshilfe	<input type="checkbox"/> Diakonie	<input type="checkbox"/> slw
<input type="checkbox"/> WIR	<input type="checkbox"/> Tafel	<input type="checkbox"/> Caritas
<input type="checkbox"/> Netzwerk St. Josef	<input type="checkbox"/> Via Claudia	<input type="checkbox"/> Aufbauwerk
<input type="checkbox"/> Arche	<input type="checkbox"/> Impulse	<input type="checkbox"/> .....

IV. Beantragte Therapie (grundsätzlich 40 Stunden im Jahr)
<input type="checkbox"/> Ergotherapie (nur in begründeten Fällen) <input type="checkbox"/> Ergotherapie mit Hausbesuch Name TherapeutIn:  Beginn der Ergotherapie ab:
<input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Logopädie mit Hausbesuch Name TherapeutIn:  Beginn der Logopädie ab:
<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Physiotherapie mit Hausbesuch Name TherapeutIn:  Beginn der Physiotherapie ab:
Wo wird der Hausbesuch durchgeführt? <input type="checkbox"/> Hausbesuch in Einrichtung in welcher? <input type="checkbox"/> Hausbesuch in eigener Wohnung

**Der Empfänger einer Geldleistung oder sein gesetzlicher Vertreter sowie die nach § 23 THG 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 THG 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 THG).**

### Hinweise zum Datenschutz:

Wir weisen darauf hin, dass zur Bearbeitung Ihres Anliegens bzw. zur Durchführung des Verfahrens personenbezogene Daten verarbeitet werden. Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter:

[TISO - Tiroler Informationssystem Sozialverwaltung](#)

### Widerspruchsrecht:

Sie haben das Recht, gegen die Verarbeitung der Daten Widerspruch einzulegen. Dafür wenden Sie sich bitte an den jeweiligen Datenschutzbeauftragten:

Land Tirol/Tiroler Landesregierung: Dr. Norbert Habel, +43 512 508 1870

[datenschutzbeauftragter@tirol.gv.at](mailto:datenschutzbeauftragter@tirol.gv.at)

Stadtmagistrat Innsbruck: Dr.<sup>in</sup> Magdalena Maier, +43 512 5360 3311

[datenschutz@innsbruck.gv.at](mailto:datenschutz@innsbruck.gv.at)

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

Erwachsenenvertreter/ Bevollmächtigten

### Beizuschließen sind in Kopie:

Beschluss des Pflsgerichts über die gerichtliche Erwachsenenvertretung  
(nur bei Änderung der maßgeblichen Daten)

**ärztliche Therapieempfehlung/Verordnung** sowie **aktuelle ärztliche und/oder psychologische Befunde, aus denen sich Art und Ausmaß** der Behinderung und **die Notwendigkeit der beantragten Maßnahme** ergeben

Verlaufsbericht des/der TherapeutIn (nur bei Verlängerungsantrag bzw. Änderungsantrag)