

Bezirkshauptmannschaft/
Magistrat

GZ.:

Antrag auf Förderung und Leistungen

nach dem Burgenländischen Chancengleichheitsgesetz – Bgld. ChG

- ☐ **Hilfe zum Lebensunterhalt sowie
Hilfe durch Einbeziehung in die Krankenversicherung** (§ 11 Bgld. ChG)
- ☐ **Zuschüsse zu orthopädischer Versorgung und anderen Hilfsmitteln** (§ 12 Bgld. ChG)
- ☐ **Zuschüsse zu Heilbehandlungen** (§ 13 Bgld. ChG)
- ☐ **Maßnahmen der sozialen Rehabilitation** (§ 15 Bgld. ChG)
- ☐ **Ersatz von Fahrtkosten** (§ 16 Bgld. ChG)
- ☐ **Frühförderung für Kinder mit Behinderungen** (§ 18 Bgld. ChG)
- ☐ **Sonstige Förderung der Erziehung und Schulbildung** (§ 20 Bgld. ChG)
- ☐ **Berufliche Eingliederung** (§ 21 Bgld. ChG)
- ☐ **Förderung und Betreuung durch Beschäftigung in teilstationären
Einrichtungen** (§ 22 Bgld. ChG)
- ☐ **Stationäre dauernde und vorübergehende Unterbringung in
Einrichtungen** (§ 23 Bgld. ChG)
- ☐ **Wohnbegleitung** (§ 25 Bgld. ChG)

(benötigte Leistung(en) bitte ankreuzen!)

1) Persönliche Daten der antragstellenden Person

Familienname:		Vorname:	
geb. am:		Sozialvers.-Nr.:	
Geschlecht:			
Telefonnummer:		E-Mail:	

Hauptwohnsitz	
Straße und Haus Nr. :	
PLZ und Ort:	

Staatsangehörigkeit

Staatsbürgerschaft:	
<u>Aufenthaltsstatus</u> (nicht erforderlich bei österreichischer Staatsbürgerschaft)	☐ EU /EWR – Bürger:in ☐ asylberechtigt ☐ drittstaatenangehörig ☐ kein Aufenthaltstitel ☐ Sonstiges: _____ (z.B. subsidiär schutzberechtigt, Asylwerber:in, Visum, usw.)

Personenstand

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ Lebensgemeinschaft ☐ Sonstiges: _____	☐ getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet
--	---

Pflegegeld

☐ nein ☐ beantragt ☐ ja, Stufe: _____ ☐ Erhöhungsantrag gestellt auszahlende Stelle: _____
--

Familienbeihilfe

☐ nein ☐ ja ☐ erhöhte Familienbeihilfe

Pension

☐ nein ☐ ja auszahlende Stelle: _____ mtl. Höhe: _____ Euro ausländische Pension ☐ nein ☐ ja mtl. Höhe: _____ Euro

Sonstige Einkommen (wie z.B. Firmenpensionen, Leibrenten, Pflegerente, AMS-Bezug, etc)

☐ nein ☐ ja auszahlende Stelle(n): _____ mtl. Höhe: _____ Euro Miet- und Pachteinnahmen ☐ nein ☐ ja mtl. Höhe: _____ Euro
--

Behindertenpass

☐ nein
☐ ja, der Behinderungsgrad beträgt: _____ %

Vertretung

☐ nein			
☐ ja			
☐ Erwachsenenvertretung			
☐ gesetzliche Vertretung			
☐ Vorsorgevollmacht und Eintritt Vorsorgefall			
☐ Bevollmächtigung			
Familienname bzw. Firmenname:		Vorname:	
Straße und Haus Nr.:			
PLZ und Ort:			
Telefonnummer:		E-Mail:	

Bankverbindung Kontoinhaber:in oder Zahlungsberechtigte:r

Familienname:		Vorname:	
geb. am:			
Bankinstitut / BIC:			
IBAN:			
Unterschrift:			

2) Angaben zu den Haushaltsangehörigen

Familienname:		Vorname:	
Verhältnis zur antragstellenden Person:	☐ Mutter ☐ Vater ☐ Ehepartner ☐ Kind ☐ Sonstiges: _____		
Sozialvers.-Nr.:			
Arbeitgeber/Pensionsstelle:			

Familienname:		Vorname:	
Verhältnis zur antragstellenden Person:	☐ Mutter ☐ Vater ☐ Ehepartner ☐ Kind ☐ Sonstiges: _____		
Sozialvers.-Nr.:			
Arbeitgeber/Pensionsstelle:			

Familienname:		Vorname:	
Verhältnis zur antragstellenden Person:	☐ Mutter ☐ Vater ☐ Ehepartner ☐ Kind ☐ Sonstiges: _____		
Sozialvers.-Nr.:			
Arbeitgeber/Pensionsstelle:			

Familienname:		Vorname:	
Verhältnis zur antragstellenden Person:	☐ Mutter ☐ Vater ☐ Ehepartner ☐ Kind ☐ Sonstiges: _____		
Sozialvers.-Nr.:			
Arbeitgeber/Pensionsstelle:			

Familienname:		Vorname:	
Verhältnis zur antragstellenden Person:	☐ Mutter ☐ Vater ☐ Ehepartner ☐ Kind ☐ Sonstiges: _____		
Sozialvers.-Nr.:			
Arbeitgeber/Pensionsstelle:			

3) Erforderliche Beilagen zum Antrag

(Beilagen bitte in Kopie beilegen)

Hilfe zum Lebensunterhalt sowie Hilfe durch Einbeziehung in die Krankenversicherung (§ 11 Bgld. ChG)

- Kontoinformationen der letzten 6 Monate

Zuschüsse zu orthopädischer Versorgung und anderen Hilfsmitteln (§ 12 Bgld. ChG)

- Einkommensnachweise der letzten 6 Monate (Hilfeempfänger*in, Ehepartner, Eltern)
- Bestätigung von einem Facharzt für die Inanspruchnahme/Notwendigkeit des Hilfsmittels
- aktuelles klinisch-psychologisches Gutachten oder (fach)ärztlicher Befund
- min. 2 Kostenvoranschläge ab Kosten von über € 1.800,00
- schriftliche Belege über die Zuschusshöhe oder Ablehnung anderer Kostenträger (Sozialministeriumservice, Versicherungsträger, Krankenkasse)

Zuschüsse zu Heilbehandlungen (§ 13 Bgld. ChG)

- Einkommensnachweise der letzten 6 Monate (Hilfeempfänger*in, Ehepartner, Eltern)
- aktuelles klinisch-psychologisches Gutachten oder (fach)ärztlicher Befund
- Unterhaltsvereinbarung
- Scheidungsvergleich/ -urteil
- Kostenvoranschlag der Therapie

Maßnahmen der sozialen Rehabilitation (§ 15 Bgld. ChG)

- Einkommensnachweise der letzten 6 Monate (Hilfeempfänger*in, Ehepartner, Eltern, etc.)
- Sachverständigengutachten des Sozialministeriumservice über die Einschätzung des Grades der Behinderung bzw. Behindertenpass
- aktuelles klinisch-psychologisches Gutachten oder (fach)ärztlicher Befund
- Kostenvoranschlag
- schriftliche Belege über die Zuschusshöhe oder Ablehnung anderer Kostenträger (Sozialministeriumservice, Versicherungsträger, Krankenkasse)

Ersatz von Fahrtkosten (§ 16 Bgld. ChG)

- bei Unzumutbarkeit der Benützung von öffentlichen Verkehrsmitteln – ein Kostenvoranschlag eines Transportunternehmens

Frühförderungen für Kinder mit Behinderungen (§ 18 Bgld. ChG)

- Einkommensnachweise der letzten 6 Monate (Hilfeempfänger*in, Ehepartner, Eltern, etc.)
- aktuelles klinisch-psychologisches Gutachten, ärztlicher Befund
- psychologischer Aufnahmebericht der Trägerorganisation
- Kostenvoranschlag der Trägerorganisation

Sonstige Förderung der Erziehung und Schulbildung (§ 20 Bgld. ChG)

- Einkommensnachweise der letzten 6 Monate (Hilfeempfänger*in, Ehepartner, Eltern)
- aktueller Pflegegeldbescheid
- Unterhaltsvereinbarung
- Scheidungsvergleich/ -urteil
- Schulbesuchsbestätigung
- Kostenvoranschlag

Berufliche Eingliederung (§ 21 Bgld. ChG)

- aktuelles klinisch-psychologisches Gutachten oder (fach)ärztlicher Befund
- Kostenvoranschlag (nur bei einer Teilqualifizierungslehre)

Förderung und Betreuung durch Beschäftigung in teilstationären Einrichtungen (§ 22 Bgld. ChG)

- Einkommensnachweise der letzten 6 Monate (Hilfeempfänger*in, Ehepartner, Eltern)
- aktueller Pflegegeldbescheid
- aktuelles klinisch-psychologisches Gutachten oder aktueller (fach)ärztlicher Befund
- Unterhaltsvereinbarung
- Scheidungsvergleich/ -urteil
- Sachverständigengutachten des Sozialministeriumservice über die Einschätzung des Grades der Behinderung bzw. Behindertenpass
- Nachweise über eine allfällige Vertretung (Erwachsenenvertretung, Vorsorgevollmacht, etc.)

Stationäre dauernde und vorübergehende Unterbringung in Einrichtungen (§ 23 Bgld. ChG)

- Einkommensnachweise der letzten 6 Monate (Hilfeempfänger*in, Ehepartner, Eltern)
- aktueller Pflegegeldbescheid
- aktuelles klinisch-psychologisches Gutachten oder aktueller (fach)ärztlicher Befund
- Unterhaltsvereinbarung
- Scheidungsvergleich/ -urteil
- Sachverständigengutachten des Sozialministeriumservice über die Einschätzung des Grades der Behinderung bzw. Behindertenpass
- Nachweise über eine allfällige Vertretung (Erwachsenenvertretung, Vorsorgevollmacht, etc.)

Wohnbegleitung (§ 25 Bgld. ChG)

- aktuelles klinisch-psychologisches Gutachten oder aktueller (fach)ärztlicher Befund
- Sachverständigengutachten des Sozialministeriumservice über die Einschätzung des Grades der Behinderung bzw. Behindertenpass
- Nachweise über eine allfällige Vertretung (Erwachsenenvertretung, Vorsorgevollmacht, etc.)

4) Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich nehme gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. b und c der Datenschutz-Grundverordnung – DSGVO der Europäischen Union, Verordnung (EU) Nr. 2016/679, in Verbindung mit § 50 Bgld. ChG zur Kenntnis, dass die oben erhobenen Daten von der gemäß § 43 Bgld. ChG örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde/Magistrat und – im Fall von Überprüfungen – vom Amt der Bgld. Landesregierung verarbeitet werden.

Der Zweck der Verarbeitung ist die Bearbeitung und Abwicklung des Antrages auf Leistungen der Chancengleichheit.

Es kann dazu kommen, dass personenbezogene Daten an Organe und Beauftragte des Burgenländischen Landesrechnungshofes, des Rechnungshofes des Bundes, des Bundesministeriums für Finanzen und der EU nach den EU-rechtlichen Bestimmungen übermittelt oder offengelegt werden müssen. Eine Weitergabe an sonstige Dritte (insbesondere Unternehmen, die Daten zu kommerziellen Zwecken verarbeiten) erfolgt nicht.

Die verarbeiteten personenbezogenen Daten werden vor dem Zugriff Nichtberechtigter gesichert, gespeichert und nur so lange verarbeitet, als es zur Zweckerreichung notwendig ist, gesetzliche oder interne Aufbewahrungspflichten bestehen oder potentielle Rechtsansprüche geltend gemacht werden können.

Grundsätzlich kommen Ihnen die Rechte gemäß Art. 15 ff DSGVO zu. Sie haben daher grundsätzlich ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit sowie ein Widerspruchsrecht. Diese Rechte können Sie bei der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde/dem örtlich zuständigen Magistrat geltend machen.

Wenn Sie der Meinung sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen österreichisches oder europäisches Recht verstößt, haben Sie das Recht auf Beschwerde bei der Österreichischen Datenschutzbehörde, Barichgasse 40-42, 1030 Wien, dsb@dsb.gv.at.

Datenschutzrechtlicher Verantwortlicher im Sinne der DSGVO ist die örtlich zuständige Bezirksverwaltungsbehörde/der örtlich zuständige Magistrat und – im Fall Überprüfungen – das Amt der Burgenländischen Landesregierung, Abteilung 6 - Soziales und Pflege, Europaplatz 1, 7000 Eisenstadt, post.a6@bgld.gv.at. Alternativ können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der burgenländischen Bezirkshauptmannschaften/Magistrate und des Amtes der Burgenländischen Landesregierung, die KPMG Security Services GmbH, Porzellangasse 51, 1090 Wien, post.datenschutzbeauftragter@bgld.gv.at, wenden.

5) E-Government

Die antragstellende Person ermächtigt die Behörde gemäß § 17 Abs. 2 E-Government-Gesetz zum Nachweis der Richtigkeit der getätigten Angaben, Abfragen aus elektronischen Registern (z.B. Melderegister, Pflegegeldinformation der Sozialversicherung, Auskunftsverfahren beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, etc.) vorzunehmen.

6) Sonstige Erklärungen und Verpflichtungen

Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten, insbesondere meine Personalien, mein Einkommen sowie (fach-)ärztliche Gutachten zur Prüfung, ob eine Leistung gewährt werden kann, durch die zuständige Bezirkshauptmannschaft/das zuständige Magistrat verarbeitet werden.

Diese Einwilligung kann jederzeit bei der zuständigen Bezirkshauptmannschaft/dem zuständigen Magistrat widerrufen werden. Ich erkläre ausdrücklich meine Zustimmung, dass der Sozialhilfeträger zum Zweck der Prüfung meiner Hilfsbedürftigkeit, zur Gewährung, Kürzung, Einstellung von Leistungen der Chancengleichheit sowie zur Durchsetzung etwaiger Ersatzansprüche meine Daten über den Gesundheitszustand durch Ärzte, Pflegepersonen (z.B. medizinische Befunde und Sachverständigengutachten) und Auskünfte über meinen Gesundheitszustand durch Ärzte, durch Krankenanstalten, durch Pflege- und Betreuungspersonen und durch Schadenersatzpflichtige erhält.

Ich stimme weiters zu, dass die personenbezogenen Daten zum Zweck der Prüfung meiner Hilfsbedürftigkeit, zur Gewährung, Kürzung, Einstellung und Rückforderung von Leistungen und Überprüfung der ordnungsgemäßen Erbringung von Leistungen nach dem Bgld. Chancengleichheitsgesetz verwendet/verarbeitet und dazu von bzw. an folgende Stellen übermittelt werden:

- zuständige Krankenkasse (Versicherungsleistung)
- zuständige Pensionsstellen (anrechenbare Einkünfte, Verfahrensstand)
- zuständiger Unfallversicherungsträger (anrechenbare Einkünfte, Verfahrensstand)
- Hauptverband der Sozialversicherungsträger (Beschäftigungsverhältnisse)
- Niederlassungsbehörden und Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl (Aufenthalts und Asylstatus)
- Behörden im Sinne des KFG 1967 (Besitz von Kraftfahrzeugen)
- Amt der Bgld. Landesregierung (Wohnbeihilfe, etc.)
- Andere Landesdienststellen (z.B. Landesschulrat)
- Finanzamt (Mietzinsbeihilfe, Familienbeihilfe, Arbeitnehmerveranlagung, Einkommenssteuererklärung)
- Ärzte, Krankenanstalten, Pflege- und Betreuungspersonen (Daten über den Gesundheitszustand, z.B. medizinische Befunde und Sachverständigengutachten)
- Sozialministeriumservice
- Arbeitsmarktservice
- Träger der freien Wohlfahrt (geeignete Platzsuche)

Ich erkläre ausdrücklich, dass meine Angaben wahr und vollständig sind.

Ich verpflichte mich, dass

- alle Umstände, die eine Änderung des Leistungsanspruches zur Folge haben könnten, insbesondere Änderungen der Einkommens-, der Wohn- und der Familienverhältnisse sofort der Behörde anzuzeigen sind;
- ich mein Einkommen bei der Bemessung der Leistung einzusetzen habe;
- ich Ansprüche gegen Dritte zu verfolgen habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- falsche Angaben oder das Verschweigen maßgebender Tatsachen die Einstellung und Rückforderung der bezogenen Leistung bewirken können, außerdem in solchen Fällen eine Geldstrafe verhängt oder eine Strafanzeige gegen mich erstattet werden kann;
- Leistungen wegen unwahrer Angaben, Verletzung der Anzeigepflicht oder Verschweigung wesentlicher Tatsachen zu Unrecht in Anspruch genommen wurden, rückzuerstatten sind.

7) Unterschrift

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle Angaben im Antrag der Wahrheit entsprechen. Ich habe den Inhalt und die Vollmacht verstanden und als Bestandteil des Antrages zur Kenntnis genommen.

Ort und Datum

Unterschrift der antragstellenden Person, der Erwachsenenvertretung, der gesetzlichen Vertretung oder bevollmächtigten Person