



Allgemeine Information

Antrag auf **Hilfe für Menschen mit besonderen Bedürfnissen** gemäß Abschnitt 4 NÖ Sozialhilfegesetz 2000

Empfangsstelle

Amt der NÖ Landesregierung
Abteilung Soziales und Generationenförderung
Landhausplatz 1, Haus 14
3109 St. Pölten
Telefon: 02742/9005-16341
E-Mail: post.gs5@noel.gv.at

Hilfe für Menschen mit besonderen Bedürfnissen durch

- Maßnahme * Tagesstruktur: _____
 Wohnen: _____
 Wohnassistenz: _____
 persönliche Assistenz: _____
 sonstiges: _____

Antragstellende Person

Vorname * _____
Familiename * _____
Versicherungsnummer * _____ Geburtsdatum * _____
Staatsbürgerschaft * _____
Gesetzliche Vertretung / Erwachsenenvertretung * ja nein
Wenn ja, vertreten durch: _____

Zur Person

Geschlecht weiblich männlich
Familienstand: ledig geschieden verwitwet
 verheiratet getrennt lebend Haushaltsgemeinschaft
 eingetragene Partnerschaft Lebensgemeinschaft
Krankenversichert ja nein
Wenn ja, versichert bei _____

Kontaktdaten

Telefon * _____
E-Mail _____

Hauptwohnsitz

Straße * _____
 Hausnummer * _____ bis _____ Stiege _____ Tür _____
 Postleitzahl * _____ Ort * _____

Hauptwohnsitz im letzten Jahr:

ja, wie oben nein (bitte nachstehende Rubrik ausfüllen)

| von | bis | Anschrift |
|-----|-----|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Zuletzt besuchte Schule (von/bis)

Name der Schule: _____ von: _____ bis: _____

Leistungen

Familienbeihilfe * ja nein beantragt
 Erhöhungsbetrag zur Familienbeihilfe * ja nein beantragt
 Pflegegeldbezug * ja, Stufe: _____ nein beantragt
 Wurde ein Erhöhungsantrag zum Pflegegeld gestellt? * ja nein

Einkommen

| | Nettoeinkommen | | Betrag in Euro | Auszahlende Stelle |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Einkommen aus Erwerbstätigkeit | mtl. | | |
| <input type="checkbox"/> | Leistungen des Arbeitsmarktservices (Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss, Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes) | tägl. | | |
| <input type="checkbox"/> | Pensions-/Rentenleistungen | mtl. | | |
| <input type="checkbox"/> | Krankengeld / Wochengeld | tägl. | | |
| <input type="checkbox"/> | Kinderbetreuungsgeld | tägl. | | |
| <input type="checkbox"/> | Unterhalt | mtl. | | |
| <input type="checkbox"/> | Bedarfsorientierte Mindestsicherung | mtl. | | |

Sonstiges Einkommen

| | Sonstiges Einkommen | Auszahlende Stellen |
|--------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Gewinne aus Sparguthaben, Sparbücher | |
| <input type="checkbox"/> | Gewinne aus Bausparvertrag | |
| <input type="checkbox"/> | Gewinne aus Lebensversicherung | |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges Einkommen: z.B. Aktien, Wertpapiere etc. | |
| <input type="checkbox"/> | Einkommen aus Grundbesitz: Vermietung und Verpachtung | |
| <input type="checkbox"/> | Ausgedinge, Art der Leistung | |
| <input type="checkbox"/> | Sonstiges: | |

Angaben zur Wohnsituation - Personen im gemeinsamen Haushalt

Person 1 (im gemeinsamen Haushalt):

Vorname * _____

Familienname* _____

Versicherungsnummer * _____ Geburtsdatum * _____

Verwandtschaftsverhältnis _____

Krankenversichert ja nein

Wenn ja, versichert bei _____

Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Unterhalt, Alimente, NÖ Familienbeihilfe/Kinderbetreuungszuschuss etc.) ja, € _____ nein

Wenn ja: Einkommensart _____

Auszahlende Stelle _____

Person 2 (im gemeinsamen Haushalt):

Vorname * _____

Familienname* _____

Versicherungsnummer * _____ Geburtsdatum * _____

Verwandtschaftsverhältnis _____

Krankenversichert ja nein

Wenn ja, versichert bei _____

Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Unterhalt, Alimente, NÖ Familienbeihilfe/Kinderbetreuungszuschuss etc.) ja, € _____ nein

Wenn ja: Einkommensart _____

Auszahlende Stelle _____

Person 3 (im gemeinsamen Haushalt):

Vorname * _____
Familiename* _____
Versicherungsnummer * _____ Geburtsdatum * _____
Verwandtschaftsverhältnis _____
Krankenversichert ja nein
Wenn ja, versichert bei _____
Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Unterhalt, Alimente, NÖ Familienbeihilfe/Kinderbetreuungszuschuss etc.) ja, € _____ nein
Wenn ja: Einkommensart _____
Auszahlende Stelle _____

Person 4 (im gemeinsamen Haushalt):

Vorname * _____
Familiename* _____
Versicherungsnummer * _____ Geburtsdatum * _____
Verwandtschaftsverhältnis _____
Krankenversichert ja nein
Wenn ja, versichert bei _____
Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Unterhalt, Alimente, NÖ Familienbeihilfe/Kinderbetreuungszuschuss etc.) ja, € _____ nein
Wenn ja: Einkommensart _____
Auszahlende Stelle _____

Person 5 (im gemeinsamen Haushalt):

Vorname * _____
Familiename* _____
Versicherungsnummer * _____ Geburtsdatum * _____
Verwandtschaftsverhältnis _____
Krankenversichert ja nein
Wenn ja, versichert bei _____
Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Unterhalt, Alimente, NÖ Familienbeihilfe/Kinderbetreuungszuschuss etc.) ja, € _____ nein
Wenn ja: Einkommensart _____
Auszahlende Stelle _____

Weitere Angaben zur Wohnsituation

Ich / Wir wohne(n) in einem/r Eigenheim Genossenschaftswohnung
 Mietobjekt sonstiges: _____

Höhe monatliche Miete/Nutzungsentgelt (ohne Betriebskosten): € _____

Betriebskosten monatlich: ja, Höhe € _____ nein

Ich erhalte für das Wohnen einen Zuschuss:
 ja, Höhe € _____ nein

Angaben zu Personen (Kinder, Eltern), die NICHT im gemeinsamen Haushalt wohnen:

Person 1 (NICHT im gemeinsamen Haushalt):

Vorname * _____

Familienname* _____

Versicherungsnummer * _____ Geburtsdatum * _____

Verwandtschaftsverhältnis _____

Krankenversichert ja nein

Wenn ja, versichert bei _____

Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Unterhalt, Alimente, NÖ Familienbeihilfe/Kinderbetreuungszuschuss etc.) ja, € _____ nein

Wenn ja: Einkommensart _____
Auszahlende Stelle _____

Person 2 (NICHT im gemeinsamen Haushalt):

Vorname * _____

Familienname* _____

Versicherungsnummer * _____ Geburtsdatum * _____

Verwandtschaftsverhältnis _____

Krankenversichert ja nein

Wenn ja, versichert bei _____

Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Unterhalt, Alimente, NÖ Familienbeihilfe/Kinderbetreuungszuschuss etc.) ja, € _____ nein

Wenn ja: Einkommensart _____
Auszahlende Stelle _____

Person 3 (NICHT im gemeinsamen Haushalt):

Vorname * _____
Familiename* _____
Versicherungsnummer * _____ Geburtsdatum * _____
Verwandtschaftsverhältnis _____
Krankenversichert ja nein
Wenn ja, versichert bei _____
Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Unterhalt, Alimente, NÖ Familienbeihilfe/Kinderbetreuungszuschuss etc.) ja, € _____ nein
Wenn ja: Einkommensart _____
Auszahlende Stelle _____

Person 4 (NICHT im gemeinsamen Haushalt):

Vorname * _____
Familiename* _____
Versicherungsnummer * _____ Geburtsdatum * _____
Verwandtschaftsverhältnis _____
Krankenversichert ja nein
Wenn ja, versichert bei _____
Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Unterhalt, Alimente, NÖ Familienbeihilfe/Kinderbetreuungszuschuss etc.) ja, € _____ nein
Wenn ja: Einkommensart _____
Auszahlende Stelle _____

Förderung durch eine andere Behörde/Organisation

Wurde bei einer anderen Behörde/Organisation eine Förderung beantragt oder bewilligt?
 ja nein

Wenn ja, wo und in welcher Höhe sowie Zeitpunkt der Auszahlung:

Unfall / Fremdverschulden

Sind Sie durch einen Unfall bzw. Fremdverschulden hilfebedürftig geworden?* ja nein

Wenn ja, bitte Unfalldaten angeben (Arbeits-, Verkehrsunfall, Behandlungsfehler, etc. / Ort und Datum des Unfalles / Name und Anschrift des Verursachers bzw. dessen Haftpflichtversicherung):

Bankverbindung

IBAN *

kontoinhabende Person *

Beilagen (in Kopie)

Geburtsurkunde beigelegt wird nachgereicht

Staatsbürgerschaftsnachweis beigelegt wird nachgereicht

Amtlicher Lichtbildausweis beigelegt wird nachgereicht

Heirats - /Partnerschaftsurkunde beigelegt wird nachgereicht

Scheidungsurteil und Vergleichsausfertigung (jeweils mit Rechtskraftvermerk)
 beigelegt wird nachgereicht

Nachweis über aufenthaltsrechtlichen Status
 beigelegt wird nachgereicht

Urkunde der Erwachsenenvertretung beigelegt wird nachgereicht

Mietvertrag und aktuelle Miet- und Betriebskostenvorschreibung
 beigelegt wird nachgereicht

Einkommensnachweise der **antragstellenden Person** und von allen Personen, die im **gemeinsamen Haushalt** wohnen und ein Einkommen beziehen (z.B. Lohnbestätigungen, AMS-Bestätigungen, Einkommenssteuerbescheid, Pensionsmitteilung, Rentennachweis, Nachweis über Unterhaltsanspruch, Kinderbetreuungsgeld, Krankengeld, etc.)

beigelegt wird nachgereicht

Nachweis über Wohnzuschüsse beigelegt wird nachgereicht

Nachweis über Familienbeihilfe beigelegt wird nachgereicht

Nachweis über NÖ Familienhilfe / Kinderbetreuungszuschuss
 beigelegt wird nachgereicht

Kostenvoranschlag beigelegt wird nachgereicht

Ärztliches / Fachärztliches Gutachten mit Diagnose (Art, Umfang und Ursache der Behinderung)
 beigelegt wird nachgereicht

E-Government

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

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 das Amt der NÖ Landesregierung verarbeitet werden.

Diese Einwilligung kann jederzeit beim Amt der NÖ Landesregierung widerrufen werden.

Ich erkläre ausdrücklich meine Zustimmung, dass der Sozialhilfeträger zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit, zur Gewährung, Kürzung, Einstellung von Sozialhilfeleistungen 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 Hilfebedürftigkeit, zur Gewährung, Kürzung, Einstellung und Rückforderung von Leistungen und Überprüfung der ordnungsgemäßen Erbringung von Leistungen nach dem NÖ SHG gemäß den Bestimmungen des NÖ SHG und des DSGVO verwendet/verarbeitet und dazu von bzw. an folgende Stellen übermittelt werden:

- ✓ zuständige Krankenkasse (Versicherungsleistung)
- ✓ zuständige Pensionsversicherungsanstalt (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 NÖ Landesregierung (Wohnbeihilfe, diverse Zuschüsse, 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 binnen vier Wochen 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.

Zustimmung

Ich stimme der elektronischen Kommunikation per E-Mail zu.

Allgemeine Hinweise

Datenschutzerklärung

Allgemeine Informationen nach Artikel 13 DSGVO

Analog Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung möchten wir Sie informieren, dass die von Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten (elektronisch) verarbeitet werden.

Detaillierte Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, Ihren Rechten als betroffene Person einer Datenverarbeitung sowie zum Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde sind im Internet unter www.noe.gv.at/datenschutz abrufbar.

Hinweise

Bitte speichern Sie das ausgefüllte Formular lokal auf Ihrem Gerät ab und laden Sie dieses, wenn nötig unterschriebene, Formular über das [Online-Formular „Allgemeines Anbringen“](#) hoch.

Bitte laden Sie im Formular die erforderlichen Unterlagen hoch!

Unterschrift

Datum, Unterschrift (der antragstellenden Person bzw. der Erwachsenenvertretung, bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertretung)

(entfällt bei digitaler Signatur)