



Fachbereich Behindertenarbeit
Referat Behindertenhilfe
Guglgasse 7 - 9
A-1030 Wien
www.fsw.at DVR:1070053

Antrag auf Gewährung einer Förderung zum Zwecke der Behindertenhilfe

BEANTRAGTE LEISTUNG:

.....

Antragsteller/Antragstellerin:

Familienname: frühere Namen:

Vorname:

geboren am: in:

Sozialversicherungsnummer: Krankenkasse:

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden dauernd getrennt lebend ¹

Anschrift:

Hauptwohnsitz in Wien seit:

Staatsbürgerschaft:

Telefonnummer:

erlernter Beruf:

ausgeübter Beruf:

letztes Beschäftigungsverhältnis: Art:

beendet am:

Einkommen: Art: Lohn/Gehalt: Fa.

Dauerleistung:

Pension: auszahlende Stelle:

Unterhalt: Anspruch gegen:

sonstiges Einkommen: auszahlende Stelle:

Pflegegeld: auszahlende Stelle:

Familienbeihilfe: keine einfache erhöhte ¹

Einkünfte aus Vermögen:

Höhe: mtl.

(bei mehr als einem Einkommen bitte detaillierte Angabe)

Gesetzliche/r Vertreter/in:

Name:

Anschrift:

Telefon:

Rechtsgrund:

Wurden für den Antragsteller/die Antragstellerin jemals Leistungen der Pensionsversicherung, Unfallversicherung, Kriegsoferversorgung oder anderer Rententräger beantragt oder bezogen?

ja nein ¹

Leiden oder Gebrechen des Antragstellers/der Antragstellerin:

.....
.....

Sind hierüber ärztliche Gutachten vorhanden?

ja nein ¹

Unterhaltspflichtige Angehörige des Antragstellers/der Antragstellerin:

Gatte/Gattin:

Familienname: Vorname:

Geburtsdatum: Beruf:

Sozialversicherungsnummer:

Anschrift:

weitere gesetzliche Sorgepflichten:

Vater:

Familienname: Vorname:

Geburtsdatum: Beruf:

Sozialversicherungsnummer:

Anschrift:

weitere gesetzliche Sorgepflichten:

Mutter:

Familienname: Vorname:

Geburtsdatum: Beruf:

Sozialversicherungsnummer:

Anschrift:

weitere gesetzliche Sorgepflichten:

Unterhaltsberechtignte Angehörige:

Gatte/Gattin:

Familienname: Vorname:

Geburtsdatum: Beruf:

Sozialversicherungsnummer:

Anschrift:

Kinder/Geschwister:

Familienname: Vorname:

Geburtsdatum: Beruf:

Sozialversicherungsnummer:

Anschrift:

Familienname:.....Vorname:

Geburtsdatum:..... Beruf:

Sozialversicherungsnummer:

Anschrift:

Familienname:Vorname:

Geburtsdatum:..... Beruf:

Sozialversicherungsnummer:

Anschrift:

Ich erkläre, dass ich die vorstehend gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ich bin damit einverstanden, dass notwendige amtsärztliche Untersuchungen jederzeit durchgeführt werden können.

Ich nehme zur Kenntnis, dass der von mir und meinen unterhaltspflichtigen Angehörigen zu leistende Kostenbeitrag im Sinne der Regelungen des Gesetzes über die Hilfe für behinderte Menschen (Behindertengesetz 1986) berechnet wird.

Ich verpflichte mich, Änderungen meines Aufenthaltes, welche länger als zwei Monate dauern, dem Fonds Soziales Wien schriftlich anzuzeigen.

Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass eine etwaige Erhöhung meines Einkommens sowie Pflegegeldes bzw. des Einkommens meiner unterhaltspflichtigen Angehörigen, soweit diese 36,34 Euro monatlich übersteigt, innerhalb von vier Wochen dem Fonds Soziales Wien schriftlich bekannt zu geben ist.

Ich ermächtige hiermit den Fonds Soziales Wien, Daten, die zur Prüfung der Förderwürdigkeit notwendig sind, einzuholen und zur Umsetzung der Maßnahme erforderliche Daten an die leistungserbringende Organisation zu übermitteln.

Wien,

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin oder des gesetzlichen Vertreters

Raum für amtliche Vermerke:

¹ Zutreffendes bitte ankreuzen