

# THERAPIEZUSCHÜSSE AN EINZELPERSONEN

## Antrag auf Gewährung einer Beihilfe



LAND  
OBERÖSTERREICH

### SGD-So/E-20

#### Amt der Oö. Landesregierung

Direktion Soziales und Gesundheit  
Abteilung Soziales  
Bahnhofplatz 1  
4021 Linz

Eingangsstempel
-----------------

Zutreffendes ankreuzen!

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tomatis Hörtraining              | <input type="checkbox"/> Musiktherapie                 |
| <input type="checkbox"/> Akustisches Integrationstraining | <input type="checkbox"/> Heilpädagogisches Voltigieren |

#### Persönliche Angaben (Therapieempfänger/in – Mensch mit Beeinträchtigung)

Name	Familienname _____ Vorname _____ Titel _____																						
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich																						
Sozialversicherungsnummer	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table> (Beispiel: 1234TTMMJJ)																						
Staatsbürgerschaft																							
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft																						
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____																						
Wohnhaft seit																							
Hauptwohnsitz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																						

#### Gesetzliche Vertretung

- Elternteil     Sachwalter     Sonstige \_\_\_\_\_

Name	Familienname _____ Vorname _____ Titel _____																						
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich																						
Sozialversicherungsnummer	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table> (Beispiel: 1234TTMMJJ)																						
Staatsbürgerschaft																							
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft																						
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____																						
Wohnhaft seit																							
Hauptwohnsitz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																						

## Im gemeinsamen Haushalt lebende Personen / Einkommen

Name	Verwandtschafts- verhältnis	Geburts- datum	Erhöhte Familien- beihilfe	Einkommen	Auszahlende Stelle
Antragsteller/in	-	-	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Einkommensnachweise sind beizulegen!

## Medizinische Notwendigkeit der Therapie

<input type="checkbox"/> Ärztlicher Befund mit Diagnose (vom behandelnden Arzt auszufüllen):	
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift und Stempel des Arztes

<input type="checkbox"/> Ärztlicher Befund mit Diagnose liegt bei (nicht älter als 6 Monate)
<input type="checkbox"/> Liegt bereits in der Abteilung Soziales auf, da bereits eine andere Leistung gemäß Oö. Chancengleichheitsgesetz bezogen wird.

## Therapiekosten

Gesamtkosten	Euro
<input type="checkbox"/> Originalrechnung und Original-Zahlungsbeleg liegt bei <input type="checkbox"/> Kostenschätzung liegt bei	
Zuschuss von anderen Förderstellen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja: Betrag	Euro
Förderstelle	

## Erläuterung

Das Land Oberösterreich kann über Ansuchen eine Förderung gewähren, es besteht jedoch kein Rechtsanspruch darauf.

Die Antragstellung ist jedoch **nur bis zu 6 Monaten** rückwirkend möglich.

## Überweisung des Zuschusses an

Bankverbindung	Bankinstitut _____
	Kontoinhaber/in _____
	IBAN _____
	BIC _____

Die IBAN ist die internationale Darstellung von Kontonummer und Bank (in Österreich 20-stellig mit AT beginnend). Der BIC ist eine international standardisierte Bankleitzahl (8- oder 11-stellig). Die Angabe des BIC ist bei einer österreichischen IBAN nicht erforderlich.

## Förderungserklärung

Ich erkläre, dass mir die Allgemeinen Richtlinien für die Förderungen aus Landesmitteln, wiederverlautbart in der Amtlichen Linzer Zeitung vom 10. Jänner 2008, Folge 1/2008, bekannt sind und dass ich diese vollinhaltlich und verbindlich anerkenne.

Außerdem erkläre ich verbindlich, dass

- meine Angaben richtig sind und mir bekannt ist, dass ich die Beihilfe bei wesentlich unrichtigen Angaben und bei nicht widmungsgemäßer Verwendung zurückzahlen habe;
- ich den Verwendungsnachweis in der vom Land gewünschten Form erbringe und
- ich dem automationsunterstützten Datenverkehr zur Abwicklung des Ansuchens im Sinne der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl. Nr. 165/1999 i.d.g.F., sowie einer Veröffentlichung im Rahmen von Förderberichten zustimme.

Ich stimme zu, dass das Land Oberösterreich über mich und im Antrag genannte Personen Angaben bei den jeweils zuständigen Stellen einholt, wenn dies zur Erledigung meines Antrages erforderlich ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

### Erforderliche Unterlagen:

1. Ärztlicher Befund
2. Kostenvoranschlag für die Therapie
3. Nachweise über das Haushaltsnettoeinkommen (z.B. Monats- oder Jahreslohnzettel)
4. Originalrechnung/en
5. Original-Zahlungsbelege

### HINWEIS:

**Eine Bearbeitung ist nur dann möglich, wenn alle erforderlichen Unterlagen vorliegen.**

### Rückfragen:

Direktion Soziales und Gesundheit (SGD), Abteilung Soziales (So)  
Tel.: (+43 732) 77 20-138 51 oder 152 21; Fax: (+43 732) 77 20-21 56 19;  
E-Mail: so.post@ooe.gv.at