

Ansuchen

um Gewährung einer Förderung für pflegebedingte Wohnraumumbaumaßnahmen
sowie sonstige pflegebedingte Maßnahmen

Einreichsstelle (bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amt der Tiroler Landesregierung,
Abteilung Soziales | <input type="checkbox"/> Sozialversicherungsanstalt der
Gewerblichen Wirtschaft (SVA) |
| <input type="checkbox"/> Tiroler Kriegsofoper- u. Behindertenfonds | <input type="checkbox"/> Pensionsversicherungsanstalt (PVA) |
| <input type="checkbox"/> Bundessozialamt, Landesstelle Tirol | <input type="checkbox"/> Versicherungsanstalt Öffentlich
Bediensteter (BVA) |
| <input type="checkbox"/> Sozialversicherungsanstalt der Bauern
(SVB) | <input type="checkbox"/> Versicherungsanstalt für Eisenbahnen
und Bergbau (VAEB) |
| <input type="checkbox"/> sonstige Stellen: _____ | <input type="checkbox"/> AUVA |

**Ich beantrage zudem, dass dieser Antrag im Falle der Weiterleitung durch die
Einreichsstelle als Antrag bei anderen Kostenträgern gewertet wird!**

I. Persönliche Daten der betreuungs- oder pflegebedürftigen Person				
Zu- und Vorname, Titel:				
Geburtsdatum:			<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Staatsbürgerschaft:				
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig
Telefon:	Fax:		E-Mail:	
PLZ:	Ort:	Straße:		
Ist dies der Hauptwohnsitz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Seit wann?	
Krankenversicherung bei:			Vers.-Nr.:	
Mitglied bei einer anderen Krankenversicherung: welche:			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mitversichert bei:			Vers.-Nr.:	
Erhöhte Familienbeihilfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Berufstätig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Dienstgeber:				

II. Angaben zu gesetzlichem Vertreter bzw. Sachwalterschaft	
Name des gesetzlichen Vertreters bzw. des Sachwalters:	
Adresse:	
Telefon:	
Verfügt durch zuständiges Bezirksgericht:	Geschäftszahl:

III. Angaben zur Betreuungs- oder Pflegebedürftigkeit	
Welche Pflegegeldstufe wird bezogen:	Höhe d. Pflegegeldes:
Wurde Pflegegeld bzw. Pflegegelderhöhung beantragt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Antragsstelle:</i>
Hat ein Dritter die Betreuungs- oder Pflegebedürftigkeit verursacht? (Unfall o. Ä.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Liegt eine Behinderung nach Einstufung des Bundessozialamtes vor? Grad: % <i>Kopie des Behindertenausweises vorlegen!</i>	
Folgende Gesundheitsschädigung liegt vor:	
Besteht die Behinderung seit der Geburt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

IV. Einkommens- und Vermögensverhältnisse der betreuungs- oder pflegebedürftigen Person <i>Bitte entsprechende Nachweise beilegen!</i>		
1. Pensions- oder Rentenansprüche von einem Sozialversicherungsträger, Kriegsopfer-, Opferfürsorge-, Fürsorge- oder Zuschussrente, Kleinrentner-, Unterstützung, öffentliche Pension, Firmenpension, Dienstgeberpension	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Pensionsstelle 1.) _____ 2.) _____ Nettomonatsbetrag 1.) _____ 2.) _____
	2. Krankengeld <input type="checkbox"/> auszahlende Stelle: <input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> mtl. netto € Wochengeld <input type="checkbox"/> auszahlende Stelle: <input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> mtl. netto € Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> auszahlende Stelle: <input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> mtl. netto € Notstandshilfe <input type="checkbox"/> auszahlende Stelle: <input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> mtl. netto € Kinderbetreuungsgeld <input type="checkbox"/> auszahlende Stelle: <input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> mtl. netto € Familienbeihilfe <input type="checkbox"/> auszahlende Stelle: <input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> mtl. netto € (Bitte zutreffendes ankreuzen und Nachweise beilegen)	
3. Unselbstständige Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja monatlich netto €
4. Selbstständige Erwerbstätigkeit Geschätzte Einkünfte im laufenden Kalenderjahr (bitte letzten Steuerbescheid, Steuererklärung beilegen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja monatlich netto €

5. Land- und forstwirtschaftlicher Besitz (bitte letzten Einheitswertbescheid beilegen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Selbstbewirtschaftung <input type="checkbox"/> ja Verpachtung
6. Unterhaltszahlungen oder Alimente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja mtl. €
7. Sonstige Einkünfte bzw. Vermögen (z.B. Wohnrecht, Sachbezug, Leibrente, Vermietung, Verpachtung, Stipendium, Studienbeihilfe, Spareinlagen, Grundsicherung, Wertpapiere, Mietzinsbeihilfe, Wohnbeihilfe,...)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Art der Einkünfte: <input type="checkbox"/> monatlich € <input type="checkbox"/> jährlich €

V. Angabe der persönlichen Daten der mit der betreuungs- oder pflegebedürftigen Person im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen (Ehegatte, Kinder, Eltern, Verwandte, Lebensgefährte, etc.)

Name	Versicherungsnummer (Geburtsdatum)	Naheverhältnis (zB Vater, Tochter)	Mtl. Nettoeinkommen lt. Pkt. 1 bis 7 und Alimentationszahlungen	
			Art	Höhe
				€
				€
				€
				€

VI. Unterhalts-/Sorgeverpflichtung für nicht mit der betreuungs- oder pflegebedürftigen Person im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten/in

Name	Geb.-Datum	Verwandtschaftsverhältnis	Höhe d. mtl. Unterhaltsleistung
			€
			€
			€

VII. Zahlungsverpflichtungen der betreuungs- oder pflegebedürftigen Person (Darlehen, Kredite)

Bank/Kreditbeginn	Gesamtschuld	mtl. Rate	Grund
	€	€	
	€	€	
	€	€	

VIII. Zahlungsverpflichtungen der Eltern der betreuungs- oder pflegebedürftigen Person (Darlehen, Kredite)

Bank/Kreditbeginn	Gesamtschuld	mtl. Rate	Grund
	€	€	
	€	€	
	€	€	

IX. Beschreibung des Vorhabens (kurze Begründung betreffend die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der pflegebedingten Maßnahme)

X. Finanzierung

Voraussichtliche Gesamtkosten:	€
Voraussichtliche Eigenleistungen:	€
Betreuungs- oder pflegebedingter Mehraufwand:	€

Förderungen wurden zugesagt von:	Förderungshöhe:
	€
	€
	€
	€

Geldleistung soll überwiesen werden an:	<input type="checkbox"/> Antragsteller
	<input type="checkbox"/> sonstige (Name, Adresse)
Bankverbindung:	
Kontonummer:	BLZ:
Bank:	
BIC:	
IBAN:	

Wurde das Vorhaben bereits bezahlt? ja nein
Wenn ja, wurde dafür ein verzinstes Darlehen aufgenommen? ja nein

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragstellers
bzw. der gesetzlichen Vertretung

Beizuschließen sind in Kopie:

- Staatsbürgerschaftsnachweis *
- Einkommensnachweis(e) (für die Punkte IV und V)
- Nachweis über Pflegegeld (Punkt III)
- Bescheid des Bundessozialamtes über den Grad der Behinderung bzw. Kopie des Behindertenausweises * oder Bescheid des Finanzamtes über die erhöhte Familienbeihilfe (Punkt III)
- Beschluss des Pfllegschaftsgerichts über die Sachwalterschaft *
- aktuelle ärztliche Befunde, aus denen sich Art und Ausmaß der Behinderung und evtl. die Notwendigkeit der beantragten Maßnahme ergeben
- Kostenvoranschlag bzw. Rechnung(en) mit Zahlungsnachweis(en)
- Nachweise über Zahlungsverpflichtungen (für die Punkte VI und VII)
- Bürgschaftserklärung bei Ansuchen um ein Darlehen der PVA

* nur bei Neuantrag bzw. Änderung der maßgeblichen Daten

ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNGEN:

- 1.) Ich ermächtige die Kostenträger, die für die Erledigung des Ansuchens unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu überprüfen.
- 2.) Zugleich verpflichte ich mich, die Leistung zurückzuzahlen, wenn
 - ich die Kostenträger über wesentliche Umstände unvollständig oder falsch unterrichtet habe,
 - das geförderte Vorhaben nicht oder durch mein Verschulden nicht rechtzeitig durchgeführt wird,
 - die Zuwendung widmungswidrig verwendet wird oder Bedingungen durch mein Verschulden nicht eingehalten werden,
 - ich die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung vereitle.
- 3.) Ich verpflichte mich weiters, den Kostenträgern jederzeit die Überprüfung der widmungsgemäßen Verwendung der gewährten Förderungsmittel durch Einsicht in die Bücher und Belege sowie durch Besichtigung an Ort und Stelle zu ermöglichen.
- 4.) Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Förderung durch die Kostenträger nur unter den in den Punkten 1 und 2 genannten Bedingungen gewährt wird, die Höhe des Zuschusses von den der Kostenträger zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln abhängt und auf Leistungen von den diversen Kostenträgern kein Rechtsanspruch besteht.
- 5.) Bei offenen Restkosten in Höhe der bewilligten Förderung erkläre ich mich mit einer direkten Verrechnung mit der Lieferfirma einverstanden.

Ich erteile dem Amt der Tiroler Landesregierung in 6020 Innsbruck, Eduard-Wallnöfer-Platz 3, DVR: 0059463, nach § 9 Z. 6 des Datenschutzgesetzes 2000 die ausdrückliche Zustimmung, zur Verfahrensvereinfachung, Verfahrensbeschleunigung bzw. zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen der vorhergehenden Daten an andere Kostenträger (Tiroler Kriegsoffer- und Behinderfonds, Bundessozialamt Landesstelle Tirol, zuständiger Sozialversicherungsträger) zu übermitteln.

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Zustimmung jederzeit widerrufen werden kann.

Ort, Datum

**Unterschrift Antragstellerin/Antragstellers
bzw. der gesetzlichen Vertretung**