**** 

**An**

**Bezirkshauptmannschaft**

**Stadtmagistrat Innsbruck  
Soziales / Rehabilitation und Behindertenhilfe**

**Sozialministeriumservice Landesstelle Tirol**

**HINWEIS:**

* Wir bitten Sie, den Antrag vollständig auszufüllen und alle erforderlichen Unterlagen beizulegen. Damit tragen Sie dazu bei, dass Ihr Ansuchen rasch erledigt werden kann.

|  |
| --- |
| **ANTRAG auf Gewährung einer**  **Persönlichen Assistenz nach dem Tiroler Teilhabegesetz (TTHG)** |

**Erstantrag**  **Änderung**  **Verlängerung**  **zusätzliche Maßnahme**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers** | | | | |
| Vor- und Familienname, Titel: | | | | männlich  weiblich |
| Geburtsdatum: | Vers.-Nr.: | | Vers.-Anstalt: | |
| Staatsbürgerschaft: | | | | |
| Familienstand:  ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  Lebensgemeinschaft  eingetr. Partnerschaft  verwitwet | | | | |
| Adresse: Straße:  PLZ:       Ort: | | | | |
| Wohnhaft seit: | | Ist dies der Hauptwohnsitz?  ja  nein | | |
| Telefon: | | E-Mail: | | |
| Beruf: | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **Angaben zur gesetzlichen Vertretung (zB Vorsorgevollmacht, Erwachsenenvertretung, Obsorgeträger)** |
| Name: |
| Adresse: |
| Telefon: |
| Angabe zur Eintragung im Österreichischen Zentralen Vertretungsregister bzw. gerichtlicher Beschluss *(z.B. Bezirksgericht, Geschäftszahl, usw.):* |

|  |
| --- |
| 1. **Beantragtes Ausmaß der Leistung(en) und Art der Leistungserbringung** |
| Ausmaß der beantragen Leistung(en): |
| Name der Dienstleisterin, von der die Leistung erbracht wird: |
| Soll(en) die Leistung(en) als Persönliches Budget finanziert werden?  ja  nein |
| Welches Modell des persönlichen Budgets wird beantragt?  Arbeitgeber:innen Modell  Dienstleister:innen Modell  Dienstleistungsscheck Modell |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Angaben zu den Behinderung(en), zum Pflegegeld und zur erhöhten Familienbeihilfe** | |
| Art und Schwere der Behinderung(en):  Grad der Behinderung:  Gehören Sie zum Personenkreis der „Begünstigten Behinderten“?  ja  nein | |
| Behinderung(en) festgestellt durch: | |
| Hat eine andere Person die Behinderung(en) verursacht?  ja  nein | |
| Wenn ja: Name:  Anschrift:  Laufendes Gerichtsverfahren:  ja  nein  Höhe des Schadenersatzes: | |
| Pflegegeld  ja  nein | Wenn ja - Pflegegeldstufe: |
| Erhöhte Familienbeihilfe  ja  nein | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Einkommensverhältnisse der/des Antragstellerin/Antragstellers** | |
| Monatliche Einkünfte *(Erwerbseinkommen, Pension, Mindestsicherung, AMS-Bezug, Krankengeld, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Mietzins- oder Wohnbeihilfe, Kindesunterhalt, Ehegattenunterhalt, Kinderbetreuungsgeld, etc.)* | |
| Art des Einkommens (z.B. Pension) | Monatlicher Betrag in € |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Unterhaltspflichten der/des Antragstellerin/Antragstellers** |
| Name und Alter der Kinder und des Ehepartners: |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Angehörige der/des Antragstellerin/Antragstellers [[1]](#footnote-1)** |
| **Ehepartner** |
| Name:       Geb. Datum:  Dienstgeber:       Monatliches Einkommen: |
| weitere Unterhaltspflichten des Ehepartners *(Verwandtschaftsverhältnis, Name, Alter):* |
| **Vater** |
| Name, Adresse, Telefon:  Geb. Datum:      Familienstand:  Dienstgeber:       Monatliches Einkommen: |
| weitere Unterhaltspflichten des Vaters *(Verwandtschaftsverhältnis, Name, Alter):* |
| **Mutter** |
| Name, Adresse, Telefon:  Geb. Datum:       Familienstand:  Dienstgeber:       Monatliches Einkommen: |
| weitere Unterhaltspflichten der Mutter *(Verwandtschaftsverhältnis, Name, Alter):* |

|  |
| --- |
| 1. **Bankverbindung** |
| Kontoinhaber (Name, Adresse): |
| Bank:  IBAN: |

**Die/der Antragstellerin/Antragsteller oder ihr/sein gesetzlicher Vertreter sowie die nach §§ 23 und 24 TTHG zur Leistung eines Kostenbeitrages verpflichteten Personen haben jede Änderung in den für die Gewährung der Leistung bzw. in den für die Festsetzung der Kostenbeiträge nach §§ 23 und 24 TTHG maßgeblichen Verhältnissen binnen acht Wochen ab dem Zeitpunkt, in dem sie vom Eintritt der Änderung Kenntnis erlangt haben, der Behörde anzuzeigen.**

**Ich nehme zur Kenntnis, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückzuzahlen sind (§ 40 TTHG).**

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass die von mir gemachten Angaben richtig und vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum Unterschrift des

Antragstellers

gesetzlichen Vertreters

**Hinweis zum Datenschutz:**

Zur Bearbeitung Ihres Anliegens bzw. zur Durchführung des Verfahrens werden personenbezogene Daten verarbeitet. Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten finden Sie unter: [TISO - Tiroler Informationssystem Sozialverwaltung](https://portal.tirol.gv.at/tirol.gv.at/ItsvWeb/public/datenverarbeitungsDetailL2.xhtml?idService=220&idGrundInformation=142)

|  |
| --- |
| *Beizuschließen sind in Kopie:* |
| Geburtsurkunde **\*** |
| Staatbürgerschaftsnachweis**\* oder** Reisepass bzw. Personalausweis\*, bei nicht-österreichischen Staatsbürgern mit Behinderungen der nach dem Recht des Herkunftsstaates vorgesehene Nachweis der Staatsangehörigkeit bzw. ein von den Behörden des Herkunftsstaates ausgestelltes Reisedokument\* |
| bei gleichgestellten Angehörigen von Unionsbürgerinnen und Staatsangehörigen anderer Vertragsstaaten des EWR-Abkommens und der Schweiz: Nachweise, aus denen die Angehörigeneigenschaft hervorgeht; |
| bei Drittstaatsangehörigen (Bürgern aus Nicht-EU-/EWR-Staaten) mit Behinderungen zusätzlich: gültiger Aufenthaltstitel bzw. Entscheidung über die Anerkennung als Flüchtling bzw. die Gewährung von Asyl bzw. die Zuerkennung des Status der Asylberechtigten bzw. Nachweis über die Gewährung des Status der subsidiär Schutzberechtigten |
| Nachweis über die Art und Schwere der Behinderung(en) wie, Bescheid des Sozialministeriumservice über den Grad der Behinderungen bzw. Kopie des Behindertenausweises, Parkausweis nach § 29b StVO\*, Nachweis über die erhöhte Familienbeihilfe, Nachweis über den Bezug von Pflegegeld bzw. von gleichwertigen Leistungen nach ausländischen Vorschriften, gleichwertiger Nachweis der Behinderung bei Personen, die österreichischen Staatsbürgern gleichgestellt sind |
| aktuelle ärztliche und/oder (entwicklungs)psychologische Befunde, aus denen sich Art und Ausmaß der Behinderung(en) ergeben |
| Einkommensnachweise (der/des Antragstellerin/Antragstellers sowie der zum Unterhalt verpflichtete Personen und von Angehörigen, die im gemeinsamen Haushalt wohnen), Nachweise zu Unterhaltspflichten der/des Antragstellerin/Antragstellers. |
| Unterlagen über die gesetzliche Vertretung, Vorsorgevollmacht bzw. Erwachsenenvertretung \* |
| Selbsteinschätzung und bei Verlängerung auch Verlaufsbericht der Dienstleisterin |
| Angaben über beantragte, gewährte oder laufende Leistungen oder Zuschüsse nach anderen Rechtsvorschriften (§ 2 Abs. 2 lit. a TTHG) bzw. Angaben über offene, gerichtliche Verfahren und feststehende privatrechtliche Ansprüche (§ 2 Abs. 2 lit. b TTHG). |
| *\* nur bei Neuantrag bzw. Änderung der maßgeblichen Daten* |

Stand: Jänner 2022

|  |
| --- |
| **ANTRAG auf Gewährung einer**  **Persönlichen Assistenz am Arbeitsplatz nach dem Behinderteneinstellungsgesetz (BEinstG)** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Angaben zur Person** | | | | | |
| Vor- und Familienname, Titel: | | | | männlich  weiblich  divers | |
| Vers.-Nr.: | Geburtsdatum: | | | | |
| Grad der Behinderung: | | | | | |
| Adresse: Straße:  PLZ:       Ort: | | | | | |
| Telefon: | | E-Mail: | | |  |
| Ich beziehe eine: | | | | | |
| Persönlichen Assistenz nach dem Tiroler Teilhabegesetz (TTHG): | | | ja  nein  beantragt | | |
| 24-h Betreuung: | | | ja  nein  beantragt | | |

|  |
| --- |
| 1. **Angaben zur gesetzlichen Vertretung (z.B. Erwachsenenvertretung)** |
| Name: |
| Adresse: |
| Telefon: |
| Angabe zur Eintragung im Österreichischen Zentralen Vertretungsregister bzw. gerichtlicher Beschluss *(z.B. Bezirksgericht, Geschäftszahl, usw.):* |

Ort und Datum Unterschrift

der antragstellenden Person

der gesetzlichen Vertretung

|  |
| --- |
| 1. **Beantragtes Ausmaß der Leistung(en)** |
| Ausmaß der beantragen Leistung(en):       Stunden pro Woche |
| Beschreibung des persönlichen Bedarfes:  (z.B.: Weg zum Arbeitsplatz / zur Ausbildungsstätte, Lehrgang zur Berufserprobung / Weiterbildung, Essen, Hygiene, **manuelle** Tätigkeiten (z.B. einscannen)) |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Zusätzliche Angaben** | |
| Berufstätig       Beschäftigungsausmaß pro Woche | Arbeitssuchend |
| Selbständig       Beschäftigungsausmaß pro Woche | Pension |
| Lehrgang zur Berufserprobung / Praktikum | Studium |
| Weiterbildung |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Ich beantrage folgendes Modell** | |
| Abwicklung über die Assistenzservicestelle | Dienstgeber:innenmodell  (Bitte lassen sie sich beraten) |

Das Sozialministeriumservice ist verantwortlich für die Daten im Bereich der Persönlichen Assistenz am Arbeitsplatz im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung.

Den Datenschutzbeauftragten des Sozialministeriumservice erreichen Sie per E-Mail unter der Adresse

[post.stab@sozialministeriumservice.at](mailto:post.stab@sozialministeriumservice.at)

oder per Post unter dieser Adresse:

Sozialministeriumservice, Stabsabteilung, Babenbergerstraße 5, 1010 Wien

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte folgendem Link:

[informationspflicht\_dsgvo\_mbi (4).pdf](file:///C:\Users\F78\Downloads\informationspflicht_dsgvo_mbi%20(4).pdf)

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt ausschließlich auf gesetzlicher Grundlage.

Sie haben das Recht, Auskunft bezüglich Ihrer verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ist Ihnen Auskunft zu erteilen. Im Falle einer Nichterteilung der Auskunft hat der Verantwortliche dem Betroffenen auf dessen Verlangen schriftlich über die dafür maßgeblichen Gründe zu informieren, es sei denn, die Erteilung selbst dieser Information würde den genannten Einschränkungsgründen zuwiderlaufen.

Sie haben das Recht, die Berichtigung sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten sowie die Vervollständigung unvollständiger personenbezogener Daten zu verlangen.

Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in irgendeiner Weise verletzt worden sind, können sie sich bei der Datenschutzbehörde (Barichgasse, 40-42,1030 Wien) beschweren.

1. Angaben dazu sind nur dann erforderlich, wenn die/der Antragstellerin/Antragsteller über einen Unterhaltsanspruch verfügt (gegenüber Ehepartner oder Eltern). [↑](#footnote-ref-1)