

A N T R A G nach dem NÖ Sozialhilfegesetz 2000



- Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes (Intensivpflege)
 Hilfe in besonderen Lebenslagen durch
 Beihilfe / Darlehen für _____
 Hilfe bei Gewalt durch Angehörige oder für Obdachlose
 Hilfe für Menschen mit besonderen Bedürfnissen durch _____

Eingangsvermerk:

1. Angaben zum(r) AntragstellerIn (Personaldaten)

Zutreffendes bitte ankreuzen

Familienname		Vorname	
Hauptwohnsitz (PLZ/Ort/Straße/Nr.)			
Geburtsname		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Versicherungsnummer		Geburtsdatum	
Geburtsort		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Haushaltsgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft	
Staatsbürgerschaft		Familienstand	
SachwalterIn			
derzeit krankenversichert bei		seit	
Hauptwohnsitz im letzten Jahr:		wie oben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bitte nachstehende Rubrik ausfüllen)	
von	bis	Anschrift	
Telefonnummer		E-Mail-Adresse	
zuletzt besuchte Schule (von/ bis)			

Nettoeinkommen		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-/Renteleistungen	mtl.	€
<input type="checkbox"/>	Krankengeld / Wochengeld	tägl.	€
<input type="checkbox"/>	Kinderbetreuungsgeld	tägl.	€
<input type="checkbox"/>	Unterhalt	mtl.	€
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____		€

Familienbeihilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erhöhungsbetrag zur Familienbeihilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wird Pflegegeld bezogen?		<input type="checkbox"/> ja, Stufe _____ <input type="checkbox"/> nein	

2. a) Angaben zur Wohnsituation

Mit dem(r) AntragstellerIn wohnen im gemeinsamen Haushalt:

▶	Familienname		Vorname	
	Versicherungsnummer Geburtsdatum		Verwandtschaftsverhältnis	
	krankenversichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja , bei		
	Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, ALG, NH, NÖ Familienhilfe, Unterhalt etc.)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Einkommensart, Nettobetrag, aus- zahlende Stelle			

▶	Familienname		Vorname	
	Versicherungsnummer Geburtsdatum		Verwandtschaftsverhältnis	
	krankenversichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja , bei		
	Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, ALG, NH, NÖ Familienhilfe, Unterhalt etc.)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Einkommensart, Nettobetrag, aus- zahlende Stelle			

▶	Familienname		Vorname	
	Versicherungsnummer Geburtsdatum		Verwandtschaftsverhältnis	
	krankenversichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja , bei		
	Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, ALG, NH, NÖ Familienhilfe, Unterhalt etc.)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Einkommensart, Nettobetrag, aus- zahlende Stelle			

▶	Familienname		Vorname	
	Versicherungsnummer Geburtsdatum		Verwandtschaftsverhältnis	
	krankenversichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja , bei		
	Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, ALG, NH, NÖ Familienhilfe, Unterhalt etc.)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Einkommensart, Nettobetrag, aus- zahlende Stelle			

▶	Familienname		Vorname	
	Versicherungsnummer Geburtsdatum		Verwandtschaftsverhältnis	
	krankenversichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja , bei		
	Einkommen (aus Erwerbstätigkeit, Pension, ALG, NH, NÖ Familienhilfe, Unterhalt etc.)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Einkommensart, Nettobetrag, aus- zahlende Stelle			

3. Angaben über das Vermögen

<input type="checkbox"/> Girokonto	€	Bankinstitut	BIC od. BLZ
<input type="checkbox"/> Bausparvertrag	€	Bausparkasse	Vertragsnummer
<input type="checkbox"/> Sparguthaben	€	Bankinstitut	
<input type="checkbox"/> Lebensversicherung		Versicherungsgesellschaft	Polizzenummer
<input type="checkbox"/> Sonstige Vermögenswerte z.B. Aktien, Wertpapiere, KFZ			
<input type="checkbox"/> Grundbesitz		Katastralgemeinde	Einlagezahl

Wurde in den letzten 5 Jahren Vermögen verkauft/verschenkt/übergeben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Was? An wen?		

4. Förderung durch andere Behörde / Organisation

Wurde bei einer anderen Behörde/Organisation eine Förderung beantragt oder bewilligt?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wo und in welcher Höhe sowie Zeitpunkt der Auszahlung:

5. Allgemeines

Folgende Unterlagen sind <u>in Kopie</u> anzuschließen:
<ul style="list-style-type: none"> • Geburtsurkunde • Staatsbürgerschaftsnachweis • Amtlicher Lichtbildausweis • Heiratsurkunde / Partnerschaftsurkunde • Scheidungsurteil und Vergleichsausfertigung (jeweils mit Rechtskraftvermerk) • Nachweis über Asylgewährung / subsidiäre Schutzberechtigung • Sachwalterbeschluss • Mietvertrag und aktuelle Miet- und Betriebskostenvorschreibung • Einkommensnachweise des (r) AntragstellerIn und von allen unter Punkt 2. a) angeführten Personen, die ein Einkommen beziehen (z.B. Lohnbestätigung, AMS- Bestätigung, Einkommenssteuerbescheid, Pensionsmitteilung, Rentennachweis, Nachweis über Unterhaltsanspruch, Kinderbetreuungsgeld, Krankengeld, etc.) • Vermögensnachweise (z.B. Girokontoauszüge, Sparbücher, Bausparvertrag) • Nachweis über Wohnzuschüsse • Nachweis über Familienbeihilfe • Nachweis über NÖ Familienhilfe / Kinderbetreuungszuschuss • Kostenvoranschlag

Die Anweisung der NÖ Sozialhilfe soll auf nachstehendes Konto erfolgen:			
Bankinstitut		BIC	
IBAN		Kontoinhaber	

6. Erklärungen / Verpflichtungen

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):

Ich erkläre ausdrücklich,

- dass meine Angaben wahr und vollständig sind;
- meine Zustimmung, dass der Sozialhilfeträger zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit, zur Gewährung, Kürzung, Einstellung von Sozialhilfeleistungen sowie zur Durchsetzung der 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, durch Schadenersatzpflichtige erhält;
- dass meine Daten zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit, zur Gewährung, Kürzung, Einstellung von Sozialhilfeleistungen sowie zur Durchsetzung der Ersatzansprüche automationsunterstützt verwendet werden dürfen.

Ich verpflichte mich, dass

- alle Umstände, die eine Änderung des Leistungsanspruches zur Folge haben könnten, insbesondere Änderungen der Einkommens- und Vermögens-, der Wohn- und der Familienverhältnisse binnen vier Wochen der Behörde anzuzeigen sind;
- ich meine Arbeitskraft in zumutbarer Weise einsetzen werde;
- ich mein Einkommen und verwertbares Vermögen 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;
- Leistungen der Sozialhilfe sichergestellt werden können.

Datum	Eigenhändige Unterschrift Des/der Antragstellers(in) oder des/der Sachwalters(in)

Gemeindebestätigung		
<input type="checkbox"/> Bestätigung der Meldeangaben des/r Antragstellers(in) und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen	<u>Anmerkung:</u> 	
Datum		Stampiglie/Unterschrift