

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!

- Tomatis Hörtraining Musiktherapie
 Akustisches Integrationstraining Heilpädagogisches Voltgieren

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

Name	Vorname _____ Vers.-Nr. _____ Familiennamen _____ Geb.-Datum _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Witwe/r <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Staatsangehörigkeit	
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nummer _____ Telefonnummer _____ Fax _____ E-Mail _____
Wohnhaft seit	
Hauptwohnsitz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Gesetzliche Vertretung

Elternteil Sachwalter Sonstige _____

Name	Vorname _____ Vers.-Nr. _____ Familiennamen _____ Geb.-Datum _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Witwe/r <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> Kind
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Staatsangehörigkeit	
Adresse	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nummer _____ Telefonnummer _____ Fax _____ E-Mail _____
Wohnhaft seit	
Hauptwohnsitz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bankverbindung	Bankinstitut _____
	BLZ _____ Konto-Nr. _____
	Kontoinhaber _____

Beschreibung der Beeinträchtigung

mit kurzer Begründung betreffend der Notwendigkeit der Therapie

Ärztliche Bestätigung/Ärztlicher Befund

- liegt bei
- liegt bereits in der Abteilung Soziales auf, da bereits eine andere Leistung gemäß Oö. Chancengleichheitsgesetz oder Pflegegeld bezogen wird

Therapiekosten

Gesamtkosten in Höhe von _____ Euro

- Originalrechnung und Original-Zahlungsbeleg liegt bei
- Kostenschätzung liegt bei

Zuschuss von anderen Förderstellen _____ Euro

Wenn ja, welche 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.

Förderungserklärung

Ich erkläre, dass mir die Allgemeinen Richtlinien für die Förderungen aus Landesmitteln, wiederverlautbart in der Amtlichen Linzer Zeitung vom 3. April 2003, Folge 7/2003, 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 wissentlich 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

Beilagen:

Ärztlicher Befund

Kostenvoranschlag für die Therapie

Originalrechnung/en

Original-Zahlungsbelege