

ANTRAG

nach dem NÖ Sozialhilfegesetz 2000

Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfes

Hilfe in besonderen Lebenslagen

Hilfe für Menschen mit besonderen Bedürfnissen

durch.....

Familienname und Vorname (in Blockschrift)		geboren am/in:	
Hauptwohnsitz in		Familienstand	
Staatsbürgerschaft		Behörde	Zahl
Beruf		Telefonnummer	
Krankenkasse		Versicherungsnummer	
Bank:	KontoNr.	Bankleitzahl (wenn bekannt)	

PERSÖNLICHE VERHÄLTNISSSE DES HILFESUCHENDEN

Aufenthalt in den letzten drei Jahren			
von	bis	Anschrift	
zuletzt besuchte Schule (nur bei Hilfe für Menschen mit besonderen Bedürfnissen ausfüllen)			
von	bis	besuchte Schule:	
Arbeitsverhältnisse im letzten Jahr			
von	bis	beschäftigt bei (Name und Anschrift):	
Wohnung			
Größe der Wohnung m ²	Miete ohne Betriebskosten	Vermieter	
Einkommen			
Betrag in €		Arbeitgeber, Pensionsstelle, Sonstiges	
Familienbeihilfe	ja	nein	Pflegegeld ja, Stufe:.....
Erhöhungsbetrag zur Familienbeihilfe	ja	nein	nein
Vermögen			
Spareinlagen, Wertpapiere, Bausparvertrag, Lebensversicherung, Sonstiges Vermögen (PKW etc.)	Grundbesitz (Katastralgem., Einlagezahl, Einheitswert)		Übergabevertrag ja nein
Wurde in den letzten fünf Jahren Vermögen verschenkt oder übergeben?			ja nein
Wenn ja, Art des Vermögens:			

Mit dem Hilfesuchenden leben im gemeinsamen Haushalt:

Verwandschafts verhältnis / Stand	Familienname, Vorname	geboren am	Einkommen/mtl €	Arbeitgeber Pensionsstelle

Ehegatten, Eltern und Kinder, die **nicht** im gemeinsamen Haushalt mit dem Hilfesuchenden leben

Verwandschafts verhältnis / Stand	Familienname, Vorname,	geboren am	Adresse	Arbeitgeber Pensionsstelle Einkommen/mtl €

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 bin bereit, eine meinem Einkommen und verwertbaren Vermögen angemessene Eigenleistung zu erbringen und mich an den Kosten der Hilfemaßnahme zu beteiligen.

Für den Fall, dass die Sozialhilfe-Unterstützung auf Grund meines gesundheitlichen Zustandes erforderlich ist, erkläre ich meine Zustimmung, dass die Sozialhilfebehörde meine medizinischen Befunde und Auskünfte über meinen Gesundheitszustand durch meine Ärzte, durch Krankenanstalten, durch Pflege- und Betreuungspersonen, durch Schadenersatzpflichtige oder durch die Beratungsstellen der Träger der Wohnungssicherung erhält. Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine Gesundheitsdaten von der Sozialhilfebehörde an die Beratungsstellen der Träger der Wohnungssicherung ausschließlich zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit weitergeleitet werden dürfen. Die Sozialhilfebehörde und die Träger der Wohnungssicherung dürfen meine Gesundheitsdaten ausschließlich zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit, zur Erbringung der Hilfe sowie zur Durchsetzung der Ersatzansprüche nach dem NÖ Sozialhilfegesetz 2000 verwenden.

Ich bestätige, dass die Angaben im Antrag vollständig und wahr sind.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers bzw. seines gesetzlichen Vertreters

Stellungnahme des Bürgermeisters

Bestätigung der Angaben *)

Antrag wird befürwortet *)

Antrag wird nicht befürwortet *)

Begründung:

.....
Datum

.....
Stampiglie/Unterschrift des Bürgermeisters

*) Zutreffendes bitte ankreuzen