**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 Förderung** |

**für den Ankauf/Adaption eines Kraftfahrzeuges**

**für bauliche Adaptierungsmaßnahmen**

**für behinderungsbedingte Maßnahmen (Hilfsmittel)**

**Einreichstelle (bitte ankreuzen)**

|  |  |
| --- | --- |
| Zuständige Bezirksverwaltungsbehörde (Behindertenhilfe) | Pensionsversicherungsanstalt (PVA) |
| Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) | Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) |
| Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen (SVS) | Sozialministeriumservice, Landesstelle Tirol |
| Unterstützung Kriegsopfer und Menschen mit Behinderungen | sonstige Stelle: |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Persönliche Daten des Menschen mit Behinderungen** | | |
| Vor- und Familienname, Titel: | | männlich  weiblich |
| Geburtsdatum: | Vers.-Nr.: | |
| 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: | |
| Mitglied bei einer Krankenversicherung: ja nein  Wenn ja welche: | | |
| Mitversichert bei: | | |
| Erhöhte Familienbeihilfe ja nein | | |
| Berufstätig ja nein  Wenn ja Dienstgeber/in: | | |
| 1. **Angaben zum gesetzlichen Vertreter Vorsorgevollmacht bzw. Erwachsenenvertretung** | | |
| Name: | | |
| Adresse: | | |
| Telefon: | | |
| Angabe zur Eintragung im Österreichischen Zentralen Vertretungsregister bzw. gerichtlichen Beschluss *(z.B. Bezirksgericht, Geschäftszahl, usw.):* | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Angaben zu den Behinderungen** | |
| Grad der Behinderungen nach Einstufung des Sozialministeriumservice (in %):     *(Bitte Kopie des Behindertenpasses vorlegen!)* | |
| Folgende Gesundheitsschädigungen liegen vor: | |
| Bestehen die Behinderungen seit der Geburt? ja nein | |
| Hat ein/e Dritte/r die Behinderungen verursacht? (Unfall o. Ä.) ja nein | |
| Pflegegeldstufe: | Höhe des Pflegegeldes: |
| Wurde ein Pflegegeld bzw. eine Pflegegelderhöhung beantragt? ja nein  Wenn ja Antragstelle: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Einkommensverhältnisse des Menschen mit Behinderungen** (*Bitte Zutreffendes ankreuzen und Nachweise beilegen!)* | | | |
| Bezieht der Mensch mit Behinderungen ein Einkommen?  ja *Hinweis: bitte Zahlen 1 bis 7 entsprechend ausfüllen*  nein *Hinweis: weiter ausfüllen ab Punkt V* | | | |
| **1. Renten und Pensionen** | | | |
| Rente oder Pension wird bezogen: ja nein  Wenn ja: | | | |
| Rente *(z.B. von Sozialversicherungsträger, Kriegsopferrente, Opferfürsorgerente, Fürsorge-   oder Zuschussrente, ausländische Rente, etc.):* | | | |
|  | | | monatlich netto €  monatlich netto €  monatlich netto € |
| *Pension (z.B. von einem Sozialversicherungsträger, öffentliche Pension, Firmenpension,   Dienstgeberpension, ausländische Pension, etc.):* | | | |
|  | | | monatlich netto €  monatlich netto €  monatlich netto € |
| **2. Sozialleistungen** | | | |
| Sozialleistung wird bezogen: ja nein | | | |
| Wenn ja: | | | |
| Krankengeld  Wochengeld  Arbeitslosengeld  Notstandshilfe  Familienbeihilfe  Kinderbetreuungsgeld | Auszahlende Stelle. | | tägl.  mtl. netto €  tägl.  mtl. netto €  tägl.  mtl. netto €  tägl.  mtl. netto €  tägl.  mtl. netto €  tägl.  mtl. netto € |
| **3. Unselbstständige Erwerbstätigkeit** | | | |
| Unselbstständige Erwerbstätigkeit wird ausgeübt: ja nein | | | |
| Wenn ja:  Dienstgeber/in:  monatlicher Nettoverdienst (exkl. Sonderzahlungen): € | | | |
| **4. Selbstständige Erwerbstätigkeit** | | | |
| Selbstständige Erwerbstätigkeit wird ausgeübt: ja nein | | | |
| Wenn ja:  Dienstgeber/in:  Geschätzte Einkünfte im laufenden Kalenderjahr: € | | | |
| **5. Land- und forstwirtschaftlicher Besitz** | | | |
| Land- und forstwirtschaftlicher Besitz vorhanden: ja nein | | | |
| Wenn ja:  Selbstbewirtschaftung  Verpachtung | | | |
| **6. Unterhaltszahlungen oder Alimente** | | | |
| Unterhaltszahlungen oder Alimente vorhanden:  ja  nein | | | |
| Wenn ja:  monatlich netto: €: | | | |
| **7. Sonstige Einkünfte bzw. Vermögen** | | | |
| Sonstige Einkünfte vorhanden ja nein | | | |
| Wenn Ja: | | | |
| Vermietung  Verpachtung  Stipendium  Studienbeihilfe  Mindestsicherung  Mietzinsbeihilfe  Wohnbeihilfe  andere Einkünfte: | | tägl.  mtl. netto €  tägl.  mtl. netto €  tägl.  mtl. netto €  tägl.  mtl. netto €  tägl.  mtl. netto €  tägl.  mtl. netto €  tägl.  mtl. netto €  tägl.  mtl. netto € | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Persönliche Daten der mit dem Menschen mit Behinderungen im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen** *(Ehegatte/in, Lebensgefährte/in, Kinder, Eltern, Verwandte, etc.)  (Bitte entsprechende Nachweise beilegen!)* | | | | |
| Vor- und Familienname | Geburtsdatum | Naheverhältnis | Mtl. Nettoeinkommen lt. Pkt. IV Z 1 bis 7 und Alimentationszahlungen | |
| Art | Höhe |
|  |  |  |  | € |
|  |  |  |  | € |
|  |  |  |  | € |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Unterhalts-/Sorgeverpflichtung für nicht mit dem Menschen mit Behinderungen im gemeinsamen Haushalt lebende/n Ehegatten/in und Kinder** | | | |
| Vor- und Familienname | Geburtsdatum | Verwandtschafts- verhältnis | Höhe der monatlichen Unterhaltsleistungen |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |

|  |
| --- |
| 1. **Beschreibung des Vorhabens** *(kurze Begründung betreffend die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Maßnahmen)* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Finanzierung** | |
| Voraussichtliche Gesamtkosten | € |
| Voraussichtliche Eigenleistungen | € |
| Behindertenbedingter Mehraufwand | € |
| **Förderungen wurden zugesagt von** | **Förderungshöhe** |
|  | € |
|  | € |
|  | € |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Geldleistung soll überwiesen werden an** | |
| Antragsteller/in | |
| gesetzliche Vertretung   Name / Adresse: | |
| Lieferfirma *(Hinweis: nur bei Anträgen für Hilfsmittel):*  Name: | |
| IBAN: | Bank: |
| Wurde das Vorhaben bereits bezahlt? ja nein | |

|  |
| --- |
| **Hinweise 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) |

**Einbringung bei einem anderen Kostenträger:**

* Ich verpflichte 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.
* Ich verpflichte mich weiter, 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.
* Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Förderung durch die Kostenträger nur unter den genannten Bedingungen gewährt wird. Die Höhe des Zuschusses hängt von den finanziellen Mittel ab, die den Kostenträgern zur Verfügung stehen. Auf Leistungen von den diversen Kostenträgern besteht kein Rechtsanspruch.
* Bei offenen Restkosten in Höhe der bewilligten Förderung erkläre ich mich mit einer direkten Verrechnung mit der Lieferfirma einverstanden.

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

Erwachsenenvertreters/ Bevollmächtigten

|  |
| --- |
| *Beizuschließen sind in Kopie:* |
| **Staatsbürgerschaftsnachweis\*** |
| **Einkommensnachweis(e)** (für die Punkte IV und V – z.B. Lohnzettel, Steuererklärung, Einheitswertbescheid bei land- und forstwirtschaftlichem Besitz, etc.)\* |
| Bescheid des Sozialministeriumservice über den Grad der Behinderungen bzw. Kopie des **Behindertenpasses**\* oder Bescheid des Finanzamtes über die erhöhte Familienbeihilfe  (Punkt III und IV) |
| Unterlagen über die gesetzliche Vertretung, Vorsorgevollmacht bzw. Erwachsenenvertretung \* (Punkt II) |
| aktuelle **ärztliche Befunde**, die für die Beurteilung der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der beantragten Maßnahmen relevant sind und aus denen sich Art und Ausmaß der Behinderungen ergeben\* |
| Kostenvoranschläge bzw. auf die/den **Antragsteller/in oder die gesetzliche Vertretung lautende Rechnung(en)** mit Zahlungsnachweis(en) |
| Nachweise über **Zahlungsverpflichtungen** (für die Punkte V und VI) |
| Nachweis über **Pflegegeld** (Punkt III) |
| *bei Ankauf bzw. Adaptierung eines* ***Kraftfahrzeuges*** *zusätzlich:*  **Führerschein und Zulassung**  *Hinweis für Zuschüsse oder Darlehen der* ***Sozialversicherungsträger****: Es wird weiters das ausgefüllte Formular „Zusatzangaben“ und gegebenenfalls eine Bürgschaftserklärung benötigt.*  *Hinweis für Zuschüsse beim* ***Sozialministeriumservice, Landesstelle Tirol****: Bei Zuschüssen für* ***berufstätige Personen*** *ist ein* ***gesonderter*** *Antrag zu stellen.* |
| ***\**** *nur**bei Erstantrag bzw. Änderung der maßgeblichen Daten* |

Stand: Dezember 2018

**Zusatzangaben**

**bei Antrag auf PKW-Zuschuss bzw. PKW-Darlehen**

(Hinweis: wird nur von den Sozialversicherungsträgern gewährt)

**Antrag auf**:  Zuschuss  Darlehen

|  |
| --- |
| 1. **Angaben zum Kraftfahrzeug:** |
| Das Kraftfahrzeug wird benötigt für:  die Erreichung des Arbeitsplatzes  die Berufsausübung  privat |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Angaben zur Wegstrecke** | |
| Die Länge der einfachen Wegstrecke zwischen Wohnung und Arbeitsplatz beträgt: | km |
| Diese Strecke wird von einem öffentlichen Verkehrsmittel befahren: | ja  nein |
|  | |
| Womit wurde der Weg zum Arbeitsplatz bisher bewältigt? | |
|  | |
|  | |
| Gehstrecke zum nächstgelegenen öffentlichen Verkehrsmittel: | |
| vom Wohnort:       m | |
| vom Arbeitsplatz:       m | |

|  |
| --- |
| 1. **Angaben zum Grund für den Ankauf bzw. Wechsel des Kraftfahrzeuges** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Finanzierung** | |
| Gesamtkosten: | € |
| davon behinderungsbedingte Mehrkosten (z.B. Automatik, Adaptierungen, etc.) | € |
| Altwagenerlös | € |
| Eigenmittel | € |
| **Benötigte Darlehnshöhe** | **€** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IV.a Zahlungsverpflichtungen des Menschen mit Behinderungen oder der Eltern   des Menschen mit Behinderungen**  *(Hinweis: nur bei Darlehen der Sozialversicherungsträger)* | | | |
| Bank/Kreditbeginn | Gesamtschuld | monatliche Rate | Grund |
|  | € | € |  |
|  | € | € |  |
|  | € | € |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Weitere Angaben** | |
| Führerschein lautend auf: |  |
| Zulassungsschein lautend auf: |  |
| Auflagen/Einschränkungen der Verkehrsbehörde: |  |
| Ausweis gemäß § 29b StVO | ja  nein |
| Auf Rollstuhl angewiesen | ja  nein |
| Behindertenpasseintragung: *„Unzumutbarkeit...öffentliche Verkehrsmittel“* vorhanden | ja  nein |
|  | |
| Der Mensch mit Behinderungen hat schon einmal eine Förderung für ein Kraftfahrzeug (zugelassen am      ) erhalten:  ja  nein  wenn ja, in welchem Jahr: | |

* Ich bin damit einverstanden, dass im Falle einer Vorfinanzierung durch ein Darlehen die Zuschüsse anderer Stellen zur Abdeckung des Darlehens direkt an die vorfinanzierende Institution überwiesen werden.
* Ich verpflichte mich, das Darlehen in regelmäßigen Monatsraten in vorgeschriebener Höhe abzudecken.
* Als Sicherstellung biete ich an:
* Ich nehme zur Kenntnis, dass die Förderung zurückzuzahlen ist, wenn ich die Kostenträger über wesentliche Umstände falsch oder unvollständig informiert habe.
* Ich bin einverstanden, dass die zur Bearbeitung dieses Antrages notwendigen, meine Person betreffenden Daten zwischen den in Frage kommenden Kostenträgern übermittelt werden.
* Ich nehme zur Kenntnis, dass sich die einzelnen Kostenträger weitere Bedingungen vorbehalten.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift Antragstellerin/Antragstellers bzw. der gesetzlichen Vertretung |

**Folgende Unterlagen schließe ich dem Antrag für einen PKW-Zuschuss bzw. ein PKW-Darlehen bei:**

Kostenvoranschlag bzw. Rechnungen (inkl. behinderungsbedingte Mehrkosten)

Kopie des Führerscheins

Kopie des Behindertenpasses

Kopie des Parkscheines (§ 29b – Ausweis)

Bürgschaftserklärung für Sozialversicherungsträger

Nachweis über Altwagenerlös

*Wurde das Auto bereits gekauft, wird weiters benötigt:*

die Rechnung über den Erwerb des Fahrzeuges (Original mit dem Vermerk „bezahlt“ oder Anschluss einer Einzahlungsbestätigung über den Rechnungsbetrag) und Übernahmebestätigung bei Anweisung ans Autohaus

Zulassungsschein (Kopie)

Bei Gewährung eines zinsfreien Darlehens benötigen die Sozialversicherungsträger (Hinweis: mit Ausnahme der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, bei welcher im Bedarfsfall eine separate Kontaktaufnahme mit dem Anspruchsberechtigten erfolgt) zur Sicherstellung eine Bankgarantie oder einen Bürgen (Mindesteinkommen ist erforderlich). ***Siehe Beilage***

**BÜRGSCHAFTSERKLÄRUNG   
(für Darlehen, die bei einem Sozialversicherungsträger beantragt werden)**

(Niederschrift)

In der Auskunftsstelle der                            *(Sozialversicherungsträger)*

in Wien

in der Landesstelle

im Rahmen des Sprechtages in

spricht Frau/Herr

                                                   (Name, Geburtsdatum und Anschrift des Bürgen)

ausgewiesen durch                                                   
  
Angaben zur Feststellung des Aktes (Darlehensnehmer):

Name:                                       VSNR:

wohnhaft:                                                          
  
Es wird ersucht, folgende Mitteilung zum Akt zu nehmen:

Ich übernehme die Sicherstellung des von der                            *(Sozialversicherungsträger)* (als Gläubiger) Frau / Herrn                    *(Mensch mit Behinderungen)* gewährten Darlehens

für  den Ankauf eines PKW

die Schaffung einer behindertengerechten Wohnmöglichkeit

die Ermöglichung der Fortsetzung der Erwerbstätigkeit

in der Höhe von EUR

die **Haftung als Bürge und Zahler** im Sinne des § 1357 ABGB zur ungeteilten Hand. **Abtretungserklärung für Pensionsbezieher**: Für den Fall, dass auf mich als Bürge und Zahler zurückgegriffen wird, trete ich meinen Pensionsanspruch in Höhe der Rückzahlungsraten an die                            *(Sozialversicherungsträger)* gemäß § 98 ASVG, § 65 GSVG bzw. § 61 BSVG an die Versicherungsanstalt ab.

Ich verpflichte mich, jede Änderung meiner Einkommens- und Vermögensverhältnisse bekannt zu geben.   
  
Mein Nettoeinkommen beträgt wöchentlich/monatlich/jährlich: EUR

Mein Einkommen ist  unbelastet

belastet durch:

(durch entsprechende Nachweise zu belegen)

(Unterschrift der Auskunftsperson / gemeinde- (Unterschrift der Partei – Bürge)

amtliche oder gerichtliche Bestätigung)