**An:**

[ ]   **Bezirkshauptmannschaft**

[ ]  **Stadtmagistrat Innsbruck
Soziales / Rehabilitation und Behindertenhilfe**

**HINWEIS:**

* Wir bitten Sie, das Formular vollständig auszufüllen und alle erforderlichen Unterlagen beizulegen.

|  |
| --- |
| **THERAPEUTENWECHSELin Zusammenhang mit einer Therapieleistung nach § 8 Tiroler Teilhabegesetz (TTHG) iVm der Therapien-Richtlinie** |

|  |
| --- |
| 1. **Persönliche Daten des Menschen mit Behinderungen**
 |
| Vor- und Familienname, Titel:       | [ ]  männlich [ ]  weiblich |
| Geburtsdatum:       | Vers.-Nr.:      | Vers.-Anstalt:       |
| Adresse: Straße:       PLZ:       Ort:       |
| Telefon:       | E-Mail:       |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Therapie(n)**
 | **genehmigte Stunden pro Jahr** | **Bescheid/Genehmigung** |
| [ ]  Ergotherapie |       |       |
| [ ]  Logopädie |       |       |
| [ ]  Physiotherapie |       |       |
| Angaben zur Therapeutin/Dienstleisterin, von der die Therapie **bisher** erbracht wird:Name/Bezeichnung:     Standort, an dem die Therapie erbracht wird:      Erbrachte Stunden:       |
| Angaben zur Therapeutin/Dienstleisterin, von der die Therapie **nunmehr** erbracht wird:Name/Bezeichnung:     Standort, an dem die Therapie erbracht wird:      Ab wann findet der Therapeutenwechsel statt:       |
| **Zusätzliche Angaben zum Therapeutenwechsel:**Hausbesuch ist notwendig: [ ]  [ ] ja [ ]  [ ] nein [ ] Wenn ja: [ ]  Hausbesuch in Einrichtung (zB. Schule, Kindergarten)[ ]  Hausbesuch privat (zu Hause): Adresse:       |

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

Unterschrift des Ort und Datum

[ ]  Menschen mit Behinderungen

Unterschrift der Unterschrift der

[ ]  bisherigen Therapeutin/Dienstleisterin [ ]  neuen Therapeutin/Dienstleisterin

**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)

Stand: Februar 2022