

An:

- Bezirkshauptmannschaft** .....
- Stadtmagistrat Innsbruck**  
**Soziales / Rehabilitation und Behindertenhilfe**



**HINWEISE:**

- Wir bitten Sie, den Antrag vollständig auszufüllen und alle erforderlichen Unterlagen beizulegen. Damit tragen Sie dazu bei, dass Ihr Ansuchen rasch erledigt werden kann.
- Wenn Sie einen Zuschuss für die barrierefreie Ausstattung eines Kraftfahrzeuges, den barrierefreien Umbau des Wohnraumes oder besondere Hilfsmittel für blinde, sehbehinderte, gehörlose, schwerhörige, taubblinde Menschen oder solche für Menschen mit Einschränkungen des Bewegungsapparates beantragen wollen, verwenden Sie bitte den „Antrag auf Gewährung von Zuschüssen“ (<https://www.tirol.gv.at/gesellschaft-soziales/soziales/rehabilitation/formulare/>).

**ANTRAG**  
**auf Gewährung einer Leistung nach dem Tiroler Teilhabegesetz (TTHG)**

- Erstantrag**     **Änderung**     **Verlängerung**     **zusätzliche Maßnahme**

<b>I. Persönliche Daten des Menschen mit Behinderungen</b>			
Vor- und Familienname, Titel:			<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	Vers.-Nr.:	Vers.-Anstalt:	
Staatsbürgerschaft:			
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet			
Adresse:	Straße:		
	PLZ:	Ort:	
Wohnhaft seit:	Ist dies der Hauptwohnsitz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Telefon:	E-Mail:		
Beruf:			

II. 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.):

III. Beantragte Leistung(en)/Zuschüsse	
<input type="checkbox"/> § 6 Mobile Unterstützungsleistungen	<input type="checkbox"/> § 12 Wohnen
<input type="checkbox"/> § 7 Kommunikation und Orientierung	<input type="checkbox"/> § 13 Personenbeförderung
<input type="checkbox"/> § 8 Therapien und psychologischen Behandlungen	<input type="checkbox"/> § 15 Abs. 1 lit. f Persönliches Budget
<input type="checkbox"/> § 9 Pädagogische Förderung	<input type="checkbox"/> § 17 Ersatz von Fahrtkosten
<input type="checkbox"/> § 10 Tagesstruktur – Wohnen für Kinder und Jugendliche	<input type="checkbox"/> § 20 Abs. 1 lit. e Mobilitätzuschuss
<input type="checkbox"/> § 11 Arbeit - Tagesstruktur	<input type="checkbox"/> § 20 Abs. 1 lit. f Zuschuss für sonstige Maßnahmen
Konkrete Bezeichnung der Leistung(en)/Zuschüsse:	
Ausmaß der beantragen Leistung(en):	
Name der Dienstleisterin, von der die Leistung erbracht wird:	
Bei Leistungen nach § 10, § 11 und § 12: Angaben zum Standort, an dem die Leistung erbracht wird: Bezeichnung des Standortes: Adresse:	
<b>Zusätzliche Angaben in Zusammenhang mit Therapien:</b>	
Hausbesuch ist notwendig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja:	
<input type="checkbox"/> Hausbesuch in Einrichtung (zB. Schule, Kindergarten)	
<input type="checkbox"/> Hausbesuch privat (zu Hause): Adresse:	

#### IV. Angaben zu den Behinderung(en), zum Pflegegeld und zur erhöhten Familienbeihilfe

Art und Schwere der Behinderung(en):

Festgestellt durch:

Hat eine andere Person die Behinderung(en) verursacht?  ja  nein

Wenn ja: Name:  ja  nein  
Anschrift:  
Laufendes Gerichtsverfahren:  ja  nein  
Höhe des Schadenersatzes:

Pflegegeld  ja  nein Wenn ja - Pflegegeldstufe:

Erhöhte Familienbeihilfe  ja  nein

#### V. Einkommensverhältnisse des Menschen mit Behinderungen

Monatliche Einkünfte (*Erwerbseinkommen, Pension, Mindestsicherung, AMS-Bezug, Krankengeld, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Mietzins- oder Wohnbeihilfe, Kindesunterhalt, Ehegattenunterhalt, Kinderbetreuungsgeld, etc.*)

Art des Einkommens (z.B. Pension)	Monatlicher Betrag in €

#### VI. Unterhaltspflichten des Menschen mit Behinderungen

Name und Alter der Kinder und des Ehepartners:

<b>VII. Angehörige des Menschen mit Behinderungen<sup>1</sup></b>	
<b>Ehepartner</b>	
Name:	Geb. Datum:
Dienstgeber:	Monatliches Einkommen:
weitere Unterhaltspflichten des Ehepartners ( <i>Verwandtschaftsverhältnis, Name, Alter</i> ):	
<b>Vater</b>	
Name, Adresse, Telefon:	
Geb. Datum:	Familienstand:
Dienstgeber:	Monatliches Einkommen:
weitere Unterhaltspflichten des Vaters ( <i>Verwandtschaftsverhältnis, Name, Alter</i> ):	
<b>Mutter</b>	
Name, Adresse, Telefon:	
Geb. Datum:	Familienstand:
Dienstgeber:	Monatliches Einkommen:
weitere Unterhaltspflichten der Mutter ( <i>Verwandtschaftsverhältnis, Name, Alter</i> ):	

<b>VIII. Persönliche Daten weiterer, von mit dem Menschen mit Behinderungen im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen und deren Einkommensverhältnisse<sup>2</sup></b>			
Vor- und Familienname	Geburtsdatum	Naheverhältnis	Mtl. Nettoeinkommen

<sup>1</sup> Angaben dazu sind erforderlich, wenn der Mensch mit Behinderungen über einen Unterhaltsanspruch verfügt (gegenüber Ehepartner oder Eltern).

<sup>2</sup> Angaben dazu sind erforderlich bei Beantragung des Mobilitätzuschusses nach § 20 Abs. 1 lit. e TTHG sowie eines Zuschusses für sonstige Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 lit. f TTHG.

## IX. Bankverbindung

Kontoinhaber (Name, Adresse):

Bank:

IBAN:

**Der Mensch mit Behinderung(en) oder sein gesetzlicher Vertreter sowie die nach §§ 23 und 24 TTHG zur Leistung eines Kostenbeitrages verpflichteten Personen haben jede Änderung in den für die Gewährung der Leistung bzw. in den für die Festsetzung der Kostenbeiträge nach §§ 23 und 24 TTHG maßgebenden Verhältnissen binnen acht Wochen ab dem Zeitpunkt, in dem sie vom Eintritt der Änderung Kenntnis erlangt haben, der Behörde anzuzeigen.**

**Ich nehme zur Kenntnis, dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückzuzahlen sind (§ 40 TTHG).**

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

### 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](#)

**Beizuschließen sind in Kopie:**

- Geburtsurkunde \*
- Staatsbürgerschaftsnachweis\* **oder** Reisepass bzw. Personalausweis\*, bei nicht-österreichischen Staatsbürgern mit Behinderungen der nach dem Recht des Herkunftsstaates vorgesehene Nachweis der Staatsangehörigkeit bzw. ein von den Behörden des Herkunftsstaates ausgestelltes Reisedokument\*
- bei gleichgestellten Angehörigen von Unionsbürgerinnen und Staatsangehörigen anderer Vertragsstaaten des EWR-Abkommens und der Schweiz: Nachweise, aus denen die Angehörigeneigenschaft hervorgeht;
- bei Drittstaatsangehörigen (Bürgern aus Nicht-EU-/EWR-Staaten) mit Behinderungen zusätzlich: gültiger Aufenthaltstitel bzw. Entscheidung über die Anerkennung als Flüchtling bzw. die Gewährung von Asyl bzw. die Zuerkennung des Status der Asylberechtigten bzw. Nachweis über die Gewährung des Status der subsidiär Schutzberechtigten
- Nachweis über die Art und Schwere der Behinderung(en) wie, Bescheid des Sozialministeriumservice über den Grad der Behinderungen bzw. Kopie des Behindertenausweises, Parkausweis nach § 29b StVO\*, Nachweis über die erhöhte Familienbeihilfe, Nachweis über den Bezug von Pflegegeld bzw. von gleichwertigen Leistungen nach ausländischen Vorschriften, gleichwertiger Nachweis der Behinderung bei Personen, die österreichischen Staatsbürgern gleichgestellt sind
- aktuelle ärztliche und/oder (entwicklungs)psychologische Befunde, aus denen sich Art und Ausmaß der Behinderung(en) ergeben
- Einkommensnachweise (des Menschen mit Behinderungen sowie der zum Unterhalt verpflichtete Personen und von Angehörigen, die im gemeinsamen Haushalt wohnen), Nachweise zu Unterhaltspflichten des Menschen mit Behinderungen.
- Unterlagen über die gesetzliche Vertretung, Vorsorgevollmacht bzw. Erwachsenenvertretung \*
- Verlaufsbericht der Dienstleisterin (Therapeut, Einrichtung) \*\*
- Angaben über beantragte, gewährte oder laufende Leistungen oder Zuschüsse nach anderen Rechtsvorschriften (§ 2 Abs. 2 lit. a TTHG) bzw. Angaben über offene, gerichtliche Verfahren und feststehende privatrechtliche Ansprüche (§ 2 Abs. 2 lit. b TTHG).

\* *nur bei Neuantrag bzw. Änderung der maßgeblichen Daten*

\*\* *nur bei Verlängerungsantrag bzw. Änderungsantrag*

Stand: 18. Mai 2021