



▼ Akademischer Grad/Titel

▼ Anrede

Frau

Herr

▼ Nachname

▼ Nachname vor der 1. Eheschließung/eingetragenen Partnerschaft

▼ 1. Vorname

▼ 2. Vorname

▼ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

▼ Geburtsland

ledig

verheiratet

eingetragene Partnerschaft

hinterbliebeneR PartnerIn

geschieden

aufgelöste eingetragene  
Partnerschaft

verwitwet

▼ Sozialversicherungsnummer (10-stellig)

▼ Sozialversicherungsträger

Österreich

staatenlos

ungeklärt

andere/weitere ▶

EU/EWR-BürgerIn

asylberechtigt

AsylwerberIn

subsidiär  
schutzberechtigt

EU-Daueraufenthalt

Aufenthalt unbefristet

▼ Sonstiges:

▼ Aufenthalt befristet bis:

▼ in Wien seit:

▼ in Österreich seit:

▼ Adresszusatz (z. B.: Name der Einrichtung, wenn Sie zur Zeit nicht in einem Privathaushalt leben oder gemeldet sind)

▼ Zustelladresse

Ja      Nein

▼ Straße

▼ Hausnr.

▼ Stiege

▼ Stock

▼ Türnr.

▼ PLZ

▼ Ort

▼ Am Hauptwohnsitz gemeldet seit:

▼ Telefonnummer

▼ E-Mail-Adresse

Private Wohnform

Wohn- und/oder Pflegeeinrichtung

▼ andere Unterbringung

▼ Ist Ihre Wohnung barrierefrei erreichbar?

Ja      Nein

Teilweise (wenn zum Lift Stufen  
überwunden werden müssen)

▼ Wenn „Nein“, in welchem Stock wohnen Sie?

▼ Wenn „Teilweise“, wieviele Stufen müssen Sie überwinden?

SachwalterIn

BevollmächtigteN

obsorgeberechtigte Person

sonstigeN gesetzlicheN VertreterIn

▼ Verhältnis zur/zum AntragstellerIn: (z. B.: Sohn, Tochter)

▼ Sachwalterschaft beantragt

▼ Datum

▼ Bezirksgericht

Ja      Nein

▼ Akademischer Grad/Titel

▼ Anrede

Frau      Herr

▼ Nachname

▼ Vornamen

▼ Adresszusatz (z. B.: VertretungsNetz, Geschäftsbezeichnung, ...)

▼ Straße

▼ Hausnr.

▼ Stiege

▼ Stock

▼ Türnr.

▼ PLZ

▼ Ort

▼ Telefonnummer

▼ E-Mail-Adresse

▼ Beziehen Sie ein Einkommen?

Ja      Nein

▼ Lohn/Gehalt

▼ Monatlicher Auszahlungsbetrag (netto in EUR)

▼ Eigenpension      befristet      unbefristet

▼ Monatlicher Auszahlungsbetrag (netto in EUR)

▼ Witwen-/Witwer-/Waisenpension, Hinterbliebenenrente

▼ Monatlicher Auszahlungsbetrag (netto in EUR)

▼ andere Pensionen (z. B. Auslandspension, Firmenpension, Versehrtenrente)

▼ Monatlicher Auszahlungsbetrag (netto in EUR)

▼ AMS-Bezug

▼ Monatlicher Auszahlungsbetrag (netto in EUR)

▼ Bedarfsorientierte Mindestsicherung

▼ Monatlicher Auszahlungsbetrag (netto in EUR)

▼ Sonstiges Einkommen – geben Sie Art des Einkommens und die auszahlende Stelle an:

▼ Monatlicher Auszahlungsbetrag (netto in EUR)

▼ Beziehen Sie Pflegegeld?

Ja      Nein

▼ Pflegegeldstufe

▼ monatl. EUR

▼ zuerkannt ab (TT.MM.JJJJ)

Antrag auf Erhöhung des Pflegegeldes  
▼ gestellt am (TT.MM.JJJJ)

Pflegegeldklage  
▼ eingebracht am (TT.MM.JJJJ)

Behindertenpass:

▼ (unbedingt Kopie beilegen)

Ja      Nein

Sozialpass A:

▼ (unbedingt Kopie beilegen)

Ja      Nein

Mobilpass:

▼ (unbedingt Kopie beilegen)

Ja      Nein

Weiter zur Unterschrift auf Seite 4

▼ Ort, Datum

Unterschrift **der Antragstellerin/des Antragstellers** bzw. der Sachwalterin/des Sachwalters, der/des Be-  
▼ vollmächtigten oder sonstigen gesetzlichen Vertreterin/Vertreters bzw. der obsorgeberechtigten Person

Sozialpass „A“ / Mobilpass / Behindertenpass

Aktuelle Einkommensnachweise (z. B. Pensionsbescheid, Kontoauszug)

Nachweis der Vertretungsbefugnis (z.B. Beschluss über Sachwalterschaft, Obsorge, Vollmacht)

Diagnoseblatt ausgefüllt und bestätigt von einer Ärztin / einem Arzt

Nachweis der Staatsbürgerschaft

von EU-StaatsbürgerInnen: Anmeldebescheinigung

von Nicht-EU-BürgerInnen: Aufenthaltstitel, Niederlassungsbewilligung, Aufenthaltskarte, etwaige Verpflichtungserklärung

▼ Nachname

▼ Vorname

▼ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

▼ Rollstuhl

ständig

zeitweise

▼ E-Rollstuhl

Ja

Nein

▼ 2 Krücken

ständig

zeitweise

▼ 1 Krücke/Stock

ständig

zeitweise

▼ Orthesen

ständig

zeitweise

▼ Prothesen

ständig

zeitweise

▼ Rollator

ständig

zeitweise

▼ Treppensteigen unmöglich

ständig

zeitweise

▼ Aufstehen unmöglich

ständig

zeitweise

▼ Begleitung nötig

ständig

zeitweise

▼ **Angaben zur Diagnose** (bitte **unbedingt** leserlich auszufüllen):

▼ Seit wann liegt eine Gehbehinderung vor?

Bitte fachärztliches Gutachten - falls vorhanden beilegen!

▼ Ort, Datum

▼ Stempel und Unterschrift **der (Fach)Ärztin / des (Fach)Arztes**

**Bestätigung der/des medizinischen Sachverständigen:**

▼ Eine schwere Gehbehinderung im Sinne des Antrages liegt

▼ Zeitraum

dauernd vor

nicht vor

voraussichtlich für ▶

vor

▼ Ort, Datum

▼ Stempel und Unterschrift **der/des medizinischen Sachverständigen**