|  |  |
| --- | --- |
| An dieBezirksverwaltungsbehörde            |  |
| Eingangsstempel |

# Persönliches Budget - Antrag

Das persönliche Budget ist eine Geldleistung, die direkt an Personen mit Sinnes- und/oder erheblichen Bewegungsbehinderungen ausgezahlt wird, um persönliche Assistenz in Anspruch nehmen zu können.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bitte beachten Sie: | \* | Angabe erforderlich | i | Information zum Ausfüllen | [x]  | Zutreffendes ankreuzen |

|  |
| --- |
| Antragstellerin bzw. Antragsteller |
| Familienname | \* |  |       | Geburtsdatum (tt.mm.jjjj) | \* |  |       |
| Vorname | \* |  |       | Geschlecht | \* |  | [ ]  | männlich | [ ]  | weiblich |
| Familienstand | \* | i |       |  |  |  |
| i | **Familienstand**: ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet, Lebensgemeinschaft |

|  |
| --- |
| Kontakt |
| Straße | \* |  |       | Hausnummer | \* |  |       |
| PLZ | \* |  |       | Ort | \* |  |       |
| Telefon | \* |  |       | E-Mail |  |  |       |

|  |
| --- |
| Bevollmächtigter |
| Ist derzeit ein Verfahren betreffend Bestellung eines Sachwalters anhängig? | \* |  | [ ]  | ja | [ ]  | nein |

|  |
| --- |
| Vorheriger Aufenthalt |
| von | \* |  |       | bis | \* |  |       |  |
| Straße | \* |  |       | Hausnummer | \* |  |       |
| PLZ | \* |  |       | Ort | \* |  |       |

|  |
| --- |
| Bankverbindung i |
| Empfänger | \* |  |       |  |
| Kontonummer | \* |  |       |  |
| Bankleitzahl | \* |  |       | Bankinstitut | \* |  |       |
| i | **Bankverbindung** für die Anweisung des Persönlichen Budgets |

|  |
| --- |
| Erwerbstätigkeit |
| Erwerbstätig | \* | i | [ ]  | ja | [ ]  | nein |  |  |
| Firma | \* |  |       |  |
| Monatliches Einkommen | \* |  |       |  |
| Selbstständig | \* |  | [ ]  | ja | [ ]  | nein | Monatliches Einkommen | \* |  |       |
| i | **Erwerbstätigkeit:** wenn ja, bitte Nachstehendes ausfüllen |

|  |
| --- |
| Pension |
| (Invaliditäts-) Pension | \* | i | [ ]  | ja | [ ]  | nein |  |  |
| seit (tt.mm.jjjj) | \* |  |       |  |
| Monatliche Höhe | \* |  |       |  |
| i | **(Invaliditäts-)Pension:** wenn ja, bitte Nachstehendes ausfüllen |

|  |
| --- |
| Behinderteneinstellungsgesetz |
| Anerkennung nach dem BEinstG | \* | i | [ ]  | ja | [ ]  | nein |  |  |
| i | Wenn eine **Anerkennung nach dem Behinderteneinstellungsgesetz** erfolgt, Bescheid vom Bundessozialamt (in Kopie) beilegen |

|  |
| --- |
| Weitere Sozialleistungen |
| Behinderten-, Sozialhilfe oder Leistungen der Jugendwohlfahrt wurden in der letzten Zeit von anderen Bezirksverwaltungsbehörden gewährt? | \* | i | [ ]  | ja | [ ]  | nein |
| Bezirksverwaltungs-behörde | \* |  |       |  |
| Leistung(en) | \* |  |       |  |
| Zeitraum von | \* |  |       | bis | \* |  |       |
| i | **Behinderten-, Sozialhilfe oder Leistungen der Jugendwohlfahrt:** wenn ja, bitte Nachstehendes ausfüllen |

|  |
| --- |
| Sonstige Unterstützungsleistungen |
| Weitere Unterstützungs-leistungen / Beihilfen | \* | i | [ ]  | ja | [ ]  | nein |  |  |
| Leistung |  | i |       | Monatliche Höhe |  |  |       |
| Leistung |  |  |       | Monatliche Höhe |  |  |       |
| Leistung |  |  |       | Monatliche Höhe |  |  |       |
| Leistung |  |  |       | Monatliche Höhe |  |  |       |
| Leistung |  |  |       | Monatliche Höhe |  |  |       |
| i | **Sonstige weitere Unterstützungsleistungen bzw. Beihilfen:** wenn ja, bitte Nachstehendes ausfüllenBitte führen Sie hier die unterstützende **Leistung** an |

|  |
| --- |
| Pflegegeld |
| Pflegegeldbezug des/r Antragstellers/in | \* |  | [ ]  | ja | [ ]  | nein |  |  |
| Pflegegeldstufe | \* |  |       |  |
| Bescheiddatum (tt.mm.jjjj) | \* |  |       |  |

|  |
| --- |
| Versicherung |
| Kranken-versicherungsträger | \* |  |       | Sozialversicherungs-nummer | \* |  |       |
| Art der Versicherung | \* |  | [ ]  | haupt-versichert | [ ]  | mitversichert bei |       |
| Weitere Bezüge | \* | i | [ ]  | ja | [ ]  | nein |  |
| Bezug aus | \* |  |       | Monatliche Höhe | \* |  |       |
| i | **Weitere Bezüge** aus Versicherungsleistungen wie Kranken-, Unfall bzw. Lebensversicherung: wenn ja, bitte Nachstehendes ausfüllen |

Selbsteinschätzung

|  |
| --- |
| Derzeitige Lebens- / Wohnsituation |
| Gesamtanzahl im Haushalt lebender Personen | \* |  |       |  |
| Anzahl Erwachsene(18-65 Jahre) | \* |  |       | Anzahl Erwachsene über 66 Jahre | \* |  |       |
| Anzahl Kinder/ Jugendliche unter 18 | \* |  |       |  |
| Beschreibung der Lebens-/ Wohn-situation | \* | i |       |  |
|  |  |  |
| i | Bitte fügen Sie Informationen an, die Ihre aktuelle **Wohn- und Lebenssituation** bestmöglich beschreiben und die für die Antragstellung relevant sind. Bitte beschreiben Sie hier auch, wie Sie derzeit bzw. bisher Ihren Alltag organisieren bzw. organisiert haben. |

|  |
| --- |
| Angaben zur Behinderung |
| Behinderung/ Erkrankung | \* |  |       |
| Aktuelle Pflegestufe | \* |  |       |  |  |  |  |
| Auswirkungen auf die aktuelle Lebens-/ Wohnsituation | \* | i |       |  |
|  |  |  |
| i | Bitte beschreiben Sie, welche konkreten bzw. speziellen **Auswirkungen** hat die Behinderung/Erkrankung sowie die derzeitige **Wohn- und Lebenssituation** auf Ihren Hilfe- und Assistenzbedarf (z.B. Beatmung, Absaugen, Umlagern/Positionieren, ständige Schmerzen, Spasmen, PEG-Sonde, Toilettentransfer, zusätzliche Sinnesbehinderung, Beweglichkeit der Arme/Hände). |

|  |
| --- |
| Derzeitige Unterstützungsform |
| Dienstleistungen | \* | i |       |  |
|  |  |  |
| Unterstützung durch Angehörige/Freunde | \* | i |       |  |
|  |  |  |
| i | Bitte führen Sie an, welche **Dienstleistungen** Sie derzeit in Anspruch nehmen (z.B. soziale Dienste wie Hauskrankenpflege, Heimhilfe etc. oder Unterstützungsleistungen, die durch das Pflegegeld zugekauft werden).Bitte führen Sie an, ob eine **Unterstützung durch Angehörige/Freunde** erfolgt. |

|  |
| --- |
| Assistenzbedarf |
| Assistenzbedarf von Montag bis Freitag | \* | i |       |  |
|  |  |  |
| Gesamter Unterstützungsbedarf | \* |  |       | Stunden/Tag |
| Durch das Pflegegeld abgedeckter Aufwand | \* |  |       | Stunden/Tag |
| Unterstützungsbedarf | \* | i |       | Stunden/Tag |
| i | Bitte beschreiben Sie Ihren durchschnittlichen **Assistenzbedarf** **von Montag bis Freitag** unter Berücksichtigung sonstigen Tages- und Unterstützungsstrukturen (z.B. Assistenz am Arbeitsplatz etc.)**Unterstützungsbedarf**, der über das persönliche Budget abgedeckt werden soll. |

|  |
| --- |
| Sonstiger Assistenzbedarf  |
| Assistenzbedarf an Samstagen, Sonn- und Feiertagen | \* | i |       |  |
|  |  |  |
| Gesamter Unterstützungsbedarf | \* |  |       | Stunden/Tag |
| Durch das Pflegegeld abgedeckter Aufwand | \* |  |       | Stunden/Tag |
| Unterstützungsbedarf | \* | i |       | Stunden/Tag |
| i | Bitte beschreiben Sie Ihren durchschnittlichen **Assistenzbedarf** **an Samstag, Sonn- und Feiertagen** unter Berücksichtigung sonstigen Tages- und Unterstützungsstrukturen (z.B. Familiensystem etc.)**Unterstützungsbedarf**, der über das persönliche Budget abgedeckt werden soll. |

|  |
| --- |
| Zusätzlicher Bedarf |
| Zusätzlicher Bedarf außerhalb des Alltags | \* | i |       |  |
|  |  |  |
| Zusätzlicher Unterstützungsbedarf | \* |  |       | Stunden/Jahr |
| Durch das Pflegegeld abgedeckter Aufwand | \* |  |       | Stunden/Jahr |
| Unterstützungsbedarf | \* | i |       | Stunden/Jahr |
| i | Bitte beschreiben Sie Ihren **zusätzlichen** **Assistenzbedarf** außerhalb von Alltagssituationen und Routinetätigkeiten (z.B. Urlaub).**Unterstützungsbedarf**, der über das persönliche Budget abgedeckt werden soll. |

|  |
| --- |
| Gesamtassistenzbedarf pro Jahr |
|  |  | Assistenzbedarf |
| Montag – Freitag |       | Stunden pro Woche |       | Stunden pro Jahr |
| Samstag, Sonn- und Feiertag |       | Stunden pro Woche |       | Stunden pro Jahr |
| Zusätzlicher Bedarf |  |       | Stunden pro Jahr |
| **Summe Assistenzbedarf pro Jahr** |  |       | Stunden pro Jahr |

|  |
| --- |
| Beilagen |
| Folgende Beilagen sind dem Antrag in Kopie anzuschließen: |
| [ ]  | \* |  | Meldezettel |
| [ ]  | \* |  | Nachweis über rechtmäßigen Aufenthalt (Aufenthaltstitel, Niederlassungsbewilligung) |
| [ ]  | \* |  | Ärztliches Gutachten/Befunde zur vorliegenden Behinderung |
| [ ]  | \* |  | Einkommensnachweis (z.B. Lohnbestätigung der letzten drei Monate, AMS-Bestätigung, Einkommenssteuerbescheid, Pensionsmitteilung, Rentennachweis, Unfallrente, Nachweis über Unterhaltsanspruch, Wohnbeihilfe, Krankengeld, Abfertigung, Mieteinnahmen etc.) |
| [ ]  | \* |  | Nachweis über Familienbeihilfe |
| [ ]  | \* |  | Bescheid(e) nach dem Behinderteneinstellungsgesetz |

|  |
| --- |
| Erklärung |
| Ich stimme gemäß § 8 Abs. 1 Z. 2 und § 9 Z. 6 des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl. I Nr. 165/1999 in der jeweils geltenden Fassung, ausdrücklich der Verwendung sämtlicher Daten im Zusammenhang mit der Gewährung der Leistung zu, soweit dies zur Erbringung der Leistung tatsächlich notwendig ist. |
| **Ich erkläre ausdrücklich,*** dass meine Angaben wahr und vollständig sind.
* dass meine Daten zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit, zur Gewährung, Einstellung bzw. Rückforderung des „Persönlichen Budgets“ automationsunterstützt verwendet werden dürfen.
 |
| **Ich verpflichte mich, dass*** ich Änderungen der für die Leistung maßgeblichen Umstände unverzüglich der Behörde melden werde.
 |
| **Ich nehme zur Kenntnis, dass*** ich der Bezirksverwaltungsbehörde die zweckentsprechende Verwendung des persönlichen Budgets jeweils halbjährlich (bis spätestens zum 20. des Folgemonats) unaufgefordert nachzuweisen habe.
* ich, wenn ich zum Ende der Dauer eines Bescheides trotz zweimaliger schriftlicher Aufforderung die gänzlich zweckentsprechende Verwendung des Persönlichen Budgets nicht nachweise, den nicht nachgewiesenen Betrag an die Bezirksverwaltungsbehörde zurückzuzahlen habe.
 |
| [ ]  | \* |  | Ich habe das beiliegende Informationsblatt gelesen und zur Kenntnis genommen. |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum, eigenhändige Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin |  |
|  |

AMT DER STEIERMÄRKISCHEN LANDESREGIERUNG

A11 – Soziales

Hofgasse 12

8010 Graz

# Informationsblatt

Allgemeine Information

Persönliches Budget ist eine Geldleistung, die direkt an Personen mit Sinnesbeeinträchtigungen und/oder erheblichen Bewegungsbehinderungen ausgezahlt wird, damit diese persönliche Assistenz in Anspruch nehmen können.

Dadurch soll ein maximales Ausmaß an Selbstbestimmung und individueller Lebensgestaltung ermöglicht werden.

Auf das „Persönliche Budget“ besteht – bei Vorliegen der Voraussetzungen – ein Rechtsanspruch.

Voraussetzungen

Den Antrag können Personen stellen, die

* Sinnesbeeinträchtigungen und/oder erhebliche Bewegungsbehinderungen haben,
* über eine österreichische Staatsbürgerschaft oder eine EWR-Staatsbürgerschaft bzw. eine Aufenthaltserlaubnis oder Niederlassungsbewilligung nach dem Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz haben,
* ihren Hauptwohnsitz (oder in Ermangelung eines solchen mit gewöhnlichem Aufenthalt) in der Steiermark haben und
* bei einzelnen oder allen Tätigkeiten ihres Alltages Hilfe benötigen

**Hinweis:** Sie müssen die Kompetenz haben, selbst zu entscheiden, wer, wann, wo und wie die benötigte persönliche Assistenz leistet bzw. geleistet wird.

**Beachten Sie,** dass die gleichzeitige Inanspruchnahme von „Persönlichem Budget“ mit mobilen Diensten der Behindertenhilfe und stationären Wohneinrichtungen nicht möglich ist.

Rechtsgrundlagen

Steiermärkisches Behindertengesetz - Stmk. BHG

Fragen & Antworten

*Wie ermittelt sich mein Anspruch auf "Persönliches Budget"?*

Die Zuerkennung erfolgt mittels eines Jahresstundenkontingents. Dieses ist entsprechend dem Unterstützungsbedarf des Menschen mit Behinderung von der Bezirksverwaltungsbehörde mit Bescheid festzulegen.

Die Höchstgrenze der zuerkennbaren Stundenanzahl für das persönliche Budget beträgt 1.600 Jahresstunden. In begründeten Einzelfällen kann die festgelegte Höchstgrenze überschritten werden.

Bei der Ermittlung des Stundenbedarfes für das persönliche Budget ist die gesamte Lebenssituation des Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen.

Basis dafür bildet ein Selbsteinschätzungsbogen, den Sie gemeinsam mit dem Antrag auf „Persönliches Budget“ ausfüllen müssen. In diesem Selbsteinschätzungsbogen geben Sie an, welchen Bedarf an Assistenzstunden Sie unter Berücksichtigung derjenigen Leistungen, die durch das zuerkannte Pflegegeld bereits abgedeckt sind und einer gegebenenfalls vorhandenen Hilfemöglichkeit durch Angehörige bzw. Partner/innen haben.

*Wofür kann ich das „Persönliche Budget“ einsetzen?*

Das persönliche Budget kann für jede Form der persönlichen Hilfen in den Bereichen

* Haushalt,
* Körperpflege/ Grundbedürfnisse,
* Erhaltung der Gesundheit, Mobilität,
* Kommunikation und
* Freizeit

eingesetzt werden, die Menschen mit Behinderung in die Lage versetzt, im eigenen Privathaushalt ihr Leben selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu führen.