

An das
Sozialministeriumservice
Zentrale Poststelle
Gruberstraße 63
4021 Linz

Eingangsstempel

ANTRAG

- auf **Feststellung** der Zugehörigkeit zum Personenkreis der **begünstigten Behinderten** gemäß den Bestimmungen der §§ 2 und 14 des Behinderteneinstellungsgesetzes (BEinstG), BGBl. Nr. 22/1970, in der jeweils geltenden Fassung
- auf **Neufestsetzung des Grades der Behinderung**

Unterlagen und Befunde, die bereits aufliegen, müssen nicht mehr beigelegt werden. Bitte keine Handy-Fotos von Unterlagen übermitteln. Dokumente im Scheckkartenformat bitte vergrößert übermitteln.

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN in Blau oder Schwarz ausfüllen

Familienname / allf. frühere Familiennamen/Nachname		Vorname	Akadem. Titel											
Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>											
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> inter <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> keine Angabe														
wohnhaft: PLZ Ort Straße, Haus-, Tür-Nr.														
Telefon (Büro, tagsüber, Handy):		FAX	E-Mail											
Dienstgebende Person oder Organisation (Name / Anschrift):			Selbständig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein											
Ich befinde mich in Schul- oder Berufsausbildung als:		Ich bin zur Vermittlung angemeldet beim AMS: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein												
Bei Vorliegen eines Vertretungsverhältnisses:														
Name		Geburtsdatum												
Adresse														
Tel.														
Nachweis bitte beilegen!														

Gesundheitsschädigungen	Ärztliche Behandlung durch	Krankenhaus / Kureinrichtung	Zeitraum
Ich beziehe eine/n	<input type="checkbox"/> Alterspension <input type="checkbox"/> Unfallrente	<input type="checkbox"/> Invaliditäts-, Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitspension <input type="checkbox"/> sonstige Pension bzw. Ruhegenuss	
Bezeichnung der Anstalt (bitte Bescheid anschließen):		<input type="checkbox"/> Befristet <input type="checkbox"/> Dauernd	

***Hinweis:**

Wenn Sie nach bundes- oder landesgesetzlichen Vorschriften eine dauernde Pensionsleistung beziehen (dauernde Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit, Ruhegenüsse oder Pensionen aus dem Versicherungsfall des Alters) und nicht in Beschäftigung stehen, **erfüllen Sie die Voraussetzung für die Zugehörigkeit zum Personenkreis der begünstigten Behinderten nicht.**

Sie können aber die **Ausstellung eines Behindertenpasses** beantragen. Informieren Sie sich dazu auf der Homepage des Sozialministeriumservice www.sozialministeriumservice.at.

Folgende Unterlagen **in Kopie** sind dem Antrag anzuschließen:

- Staatsbürgerschaftsnachweis, Personalausweis oder Reisepass
- Nachweis der Flüchtlingseigenschaft; Nachweis über den Aufenthaltstitel und der aktuellen Gültigkeitsdauer
- **aktuelle** medizinische Unterlagen über die Gesundheitsschädigungen wie z.B.
 - aktuelle Befunde, Gutachten, etc.
 - Augenärztlicher Befund mit korrigiertem Visus
 - Reinton - Audiogramm (bei Hörbehinderung)
 - Bericht nach Rehabilitations- oder Kuraufenthalt
 - Entlassungsbericht nach Spitalsaufenthalt
 - Atteste, Behandlungsberichte (mit Diagnose, Therapie, Zeitpunkt der Diagnosestellung, evt. aktueller Status)
- Renten-, Pflegegeld- oder Pensionsbescheide
- Sonstiges (z.B. Nachweis bezüglich eines Vertretungsverhältnisses, Nachweise über akademischer Titel, ...)

Wichtiger Hinweis:

Röntgenbilder erst zur Untersuchung mitbringen.

Bitte keine Handy-Fotos von Unterlagen übermitteln.

Dokumente im Scheckkartenformat bitte vergrößert übermitteln.

Ich nehme zur Kenntnis, dass mein Arbeitgeber im Falle einer positiven Erledigung meines Antrages auf Feststellung der Zugehörigkeit zum Personenkreis der begünstigten Behinderten im Rahmen der Prüfung der Beschäftigungspflicht gemäß § 5 BEinstG darüber Kenntnis erhält.

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Sozialministeriumservice allenfalls bereits aufliegende meine Person betreffende Gutachten und Krankenfunde ärztlicher Sachverständiger im nunmehr durchzuführenden Verfahren heranzieht.

DIE ANGABEN SIND WAHRHEITSGETREU UND VOLLSTÄNDIG.

.....
(Ort, Datum)

.....
Unterschrift antragstellende Person
bzw. der gesetzlichen Vertretung

Raum für etwaige sonstige Anmerkungen der antragstellenden Person:
--

Information

Ihr Antrag sowie auch die Nachreichung allfälliger Unterlagen sind an die zentrale Poststelle des Sozialministeriumservice in Oberösterreich zu senden, wo eine elektronische Erfassung erfolgt.

Der Antrag wird automatisch an die für Sie zuständige Landesstelle des Sozialministeriumservice weitergeleitet, die Ihnen auch zukünftig für telefonische oder persönliche Anfragen gerne zur Verfügung steht.

Landesstelle Burgenland

Tel. 02682 / 64 046
Neusiedler Straße 46
7000 Eisenstadt

Landesstelle Oberösterreich

Tel. 0732 / 76 04-0
Gruberstraße 63
4021 Linz

Landesstelle Tirol

Tel. 0512 / 56 31 01
Herzog Friedrichstraße 3
6010 Innsbruck

Landesstelle Kärnten

Tel. 0463 / 58 64-0
Kumpfgasse 23 – 25
9020 Klagenfurt

Landesstelle Salzburg

Tel. 0662 / 88 983-0
Auerspergstraße 67a
5020 Salzburg

Landesstelle Vorarlberg

Tel. 05574 / 68 38
Rheinstraße 32/3
6900 Bregenz

Landesstelle Niederösterreich

Standort St. Pölten
Tel. 02742 / 31 22 24
Daniel Gran-Straße 8/3. Stock
3100 St. Pölten

Landesstelle Steiermark

Tel. 0316 / 70 90
Babenbergerstraße 35
8020 Graz

Landesstelle Wien

Tel. 01 / 588 31
Babenbergerstraße 5
1010 Wien

Standort Wien

Tel. 01 / 588 31
Babenbergerstraße 5
1010 Wien

Telefon österreichweit 05 99 88