

Ansuchen um Unterstützung

„Fonds Demenzhilfe Österreich“

AntragstellerIn*			
Familien- und Vorname*		Staatsbürgerschaft*	
Geschlecht*		Geb.-Datum*	
PLZ, Ort, Straße, Nummer*			
Telefonnummer*		IBAN* (zur Auszahlung der Förderung)	

Kontaktperson des/der Antragstellenden:		
Telefonnummer:		Bundesland:
E-Mail:		
Verhältnis zum/zur Antragstellenden (bitte ankreuzen und ausfüllen):		
<input type="checkbox"/>	Verwandt:	
<input type="checkbox"/>	Durch eine Organisation:	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	

Einkommen der/des Antragstellenden* (pro Monat): (Bitte schlüsseln Sie hier alle Ihre Einkommen und Beihilfen auf, siehe Seite 2)	Haushaltsausgaben* (pro Monat): (Bitte schlüsseln Sie hier alle Ihre Haushaltsausgaben auf, siehe Seite 2)
<input type="text"/> in Höhe von: <input type="text"/>	<input type="text"/> in Höhe von: <input type="text"/>
<input type="text"/> in Höhe von: <input type="text"/>	<input type="text"/> in Höhe von: <input type="text"/>
<input type="text"/> in Höhe von: <input type="text"/>	<input type="text"/> in Höhe von: <input type="text"/>
<input type="text"/> in Höhe von: <input type="text"/>	<input type="text"/> in Höhe von: <input type="text"/>
<input type="text"/> in Höhe von: <input type="text"/>	<input type="text"/> in Höhe von: <input type="text"/>
Gesamtbetrag: <input type="text"/>	Gesamtbetrag: <input type="text"/>

Weitere Personen im selben Haushalt*: (Bitte tragen Sie hier Namen, Verwandtschaftsverhältnis und Einkommen ein, siehe Seite 2)	Ausgaben aufgrund der Demenzerkrankung*: (Bitte zählen Sie hier die Ausgaben für die Demenzerkrankung auf, siehe Seite 2)
Verwandtschaftsverhältnis: Name: Einkommen:	<input type="text"/> in Höhe von: <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> in Höhe von: <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> in Höhe von: <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> in Höhe von: <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> in Höhe von: <input type="text"/>
Gesamtbetrag: <input type="text"/>	Gesamtbetrag: <input type="text"/>

Nachweise (bspw. Bestätigungen, Kontoauszüge, Rechnungen) müssen für Einkommen, Beihilfen und Demenzausgaben beigelegt werden, sonst kann der Antrag nicht bearbeitet werden!

Demenzbescheid* (Legen Sie den Demenzbescheid in Kopie bei, sonst kann der Antrag nicht bearbeitet werden!)	
Art des Bescheides* (siehe Seite 2):	Datum des Bescheides*:

Ich bestätige, dass diese Angaben der Wahrheit entsprechen und ich das Datenschutzgesetz zur Kenntnis genommen habe (siehe S. 2).	
Datum:	Unterschrift des/der Antragstellenden*:

Ausfüllhilfe:

Mit * bezeichnete Felder sind Pflichtfelder.

Hier finden Sie Beispiele für die Erläuterung des Einkommens und der Beihilfen, sowie der Haushaltsausgaben und der Ausgaben für die Demenzerkrankung:

<p>Beispiele Einkommen der/des Antragstellenden:</p> <p><i>Einkommen:</i> Gehalt/Lohn, Arbeitslosenunterstützung / Notstandshilfe / Mindestsicherung, Pension, Sonstiges</p> <p><i>Beihilfen:</i> Pflegegeld, Familienbeihilfe, Unterhalt, Wohnbeihilfe, staatliche Zuschüsse, Sonstiges</p>	<p>Beispiele Haushaltsausgaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miete • Betriebskosten • Strom • Gas • Unterhaltsleistungen • Kredite/rückzahlende Raten
<p>Beispiele Einkommen weiterer Personen im selben Haushalt:</p> <p><i>Einkommen:</i> Gehalt/Lohn, Arbeitslosenunterstützung / Notstandshilfe / Mindestsicherung, Pension, Sonstiges</p> <p><i>Beihilfen:</i> Pflegegeld, Familienbeihilfe, Unterhalt, Wohnbeihilfe, staatliche Zuschüsse, Sonstiges</p>	<p>Beispiele Ausgaben aufgrund der Demenzerkrankung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betreuung (Mobiler Dienst, 24 Stunden Betreuung, Tageszentrum, Urlaubspflege/Kurzzeitpflege) • Beratung (Validationskurse, Psychologische Betreuung, Gedächtnistraining) • Pflegehilfsmittel (Einlagen, Inkontinenzprodukte, Körperpflegeprodukte, Pflegebett, Rollstuhl) • Medikamente/Rezeptgebühr • Mobilitätskosten/Fahrtkosten • Essen auf Rädern • Sonstiges

Folgende Nachweise werden als Demenzbescheid akzeptiert (auf dem Nachweis muss ersichtlich sein, dass der/die AntragstellerIn an einer Demenz erkrankt ist):

- Ärztliche Bestätigung
- Anamnese
- Befund

Erklärung nach dem Datenschutzgesetz:

Ich stimme ausdrücklich zu, dass die beim Ausfüllen dieses Formulars freiwillig bekannten personenbezogenen Daten gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes in seiner jeweils gültigen Form durch die Volkshilfe Österreich verarbeitet werden können. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten grundsätzlich solange gespeichert werden, als die Datenverwendung bzw. -übermittlung unbedingt notwendig ist und nehme zur Kenntnis, dass ich mein Recht auf Richtigstellung oder Löschung der Daten bzw. auf Widerruf dieser Zustimmung jederzeit formfrei schriftlich einfordern kann.