



## Leistungen

Sind Sie BesitzerIn eines Behindertenpasses? (**Bitte unbedingt in Kopie beilegen**)  ja  nein

Sind Sie BesitzerIn eines Sozialpasses A? (**Bitte unbedingt in Kopie beilegen**)  ja  nein

Sind Sie BesitzerIn eines Mobilpasses? (**Bitte unbedingt in Kopie beilegen**)  ja  nein

## ② Einkommen

### Einkommen

Welches Einkommen beziehen Sie? (**Entsprechende Nachweise unbedingt in Kopie beilegen!**)

Art des Einkommens	auszahlende Stelle(n)	monatlicher Auszahlungsbetrag (netto)
<input type="checkbox"/> Lohn/Gehalt	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Eigenpension	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> andere Pensionen	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerpension	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> AMS-Leistung	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> bedarfsorientierte Mindestsicherung	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Taschengeld	<input type="text"/>	EUR <input type="text"/>

### Pflegegeld

Beziehen Sie Pflegegeld?  ja  nein Pflegegeldstufe

## ③ Wohnform

### In welcher Wohnform wohnen Sie?

- Miet-/Gemeinde-/Genossenschafts-/Eigentumswohnung/Eigenheim
- betreuten Wohngemeinschaft
- Pensionisten-Wohnhaus
- Pensionisten-Wohnhaus in der Bettenstation
- Pflegeheim
- andere Unterbringung, wenn „ja“ welche?

Wieviele Personen wohnen insgesamt in Ihrem Haushalt?

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?

## ④ Vertreten durch

### Status

SachwalterIn  BevollmächtigteR  obsorgerechtigte Person  sonstigeR gesetzlicheR VertreterIn

Verhältnis zum/zur AntragstellerIn: \_\_\_\_\_  
z.B.: Sohn, Tochter

Sachwalterschaft beantragt  Ja  Nein Datum 

T	T	M	M	J	J	J	J

 Bezirksgericht \_\_\_\_\_

### Name und Anrede

Akad. Titel \_\_\_\_\_ Anrede  Frau  Herr  
Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

### Adresse

Adresszusatz \_\_\_\_\_  
z.B.: Geschäftsbezeichnung, Name des Vereins

Straße \_\_\_\_\_  
Hausnr. Stiege Stock Türnr.

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

### Erreichbarkeit

Festnetztelefon \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Mobiltelefon \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Vorwahl Nummer Vorwahl Nummer

FAX \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Vorwahl Nummer

## Ich erkläre, dass ich mit den folgenden Punkten einverstanden bin:

- ✓ Ich habe die geltenden allgemeinen Förderrichtlinien des Fonds Soziales Wien zur Kenntnis genommen (Hinweis: Sämtliche Förderrichtlinien sind auf der Homepage des Fonds Soziales Wien unter [www.fsw.at](http://www.fsw.at) abrufbar und werden auf telefonische oder schriftliche Anfrage vom Beratungszentrum Behindertenhilfe des Fonds Soziales Wien postalisch übermittelt).
- ✓ Allfällige Änderungen der zu Grunde liegenden Förderrichtlinien des Fonds Soziales Wien werden mir zur Kenntnis gebracht. Ich habe die Möglichkeit, nach Aufforderung durch den Fonds Soziales Wien, schriftlich binnen 14 Tagen Einspruch gegen die Anwendung der geänderten Förderrichtlinien zu erheben.
- ✓ Ich habe die in diesem Antrag gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.
- ✓ Jede Änderung meiner Personendaten, meiner Wohnverhältnisse, meiner Einkommensverhältnisse sowie meines Gesundheitszustandes melde ich dem Fonds Soziales Wien unverzüglich und unaufgefordert.
- ✓ Ich nehme zur Kenntnis, dass unwahre Angaben oder die Nichtmitteilung von Änderungen meiner bekannt gegebenen Daten zur Einstellung der Förderung und/oder zu einer allfälligen Rückzahlungsverpflichtung führen können.
- ✓ Ich bin damit einverstanden, dass notwendige ärztliche Untersuchungen sowie andere geeignete Abklärungen durchgeführt werden können und gegebenenfalls ein Gutachten erstellt wird.

Hiermit ermächtige ich den Fonds Soziales Wien, jene Daten einzuholen, die zur Prüfung der Förderwürdigkeit notwendig sind und Daten zu Zwecken der Dokumentation zu verarbeiten.

## Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der/des Sachwalterin/Sachwalters, Bevollmächtigten oder sonstigen gesetzlichen Vertreterin/Vertreters bzw. der obsorgerechtigten Person

# Informationsblatt

## Hinweise zur Beachtung:

Die Leistung Freizeitfahrtendienst ist eine freiwillige Leistung des Fonds Soziales Wien auf die kein Rechtsanspruch besteht.

## Voraussetzungen

- ✓ Personen mit dauerhaft schwerer Gehbehinderung, denen Fahrten mit den öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem eigenen Auto nicht zumutbar sind
- ✓ Hauptwohnsitz in Wien
- ✓ Österreichische Staatsbürgerschaft oder Gleichstellung (EU-BürgerInnen, Asylberechtigte oder Personen mit gültigem Aufenthaltstitel)
- ✓ Einkommensobergrenze\*: € 1.500,00 netto monatlich (Pflegegeld wird nicht angerechnet)
- ✓ keine Unterbringung in einem Pflegeheim bzw. Pflege-/Bettenstation eines Pensionistenwohnheimes
- ✓ vollendetes 14. Lebensjahr

## Bei Vorliegen der oben angeführten Voraussetzungen sind dem Antrag folgende Unterlagen beizulegen:

- ✓ Antragsformular ausgefüllt und unterschrieben
- ✓ Sozialpass „A“ / Mobilpass / Behindertenpass in Kopie falls vorhanden
- ✓ Aktuelle Einkommensnachweise (z. B. Pensionsbescheid, Kontoauszug in Kopie usw.)
- ✓ Nachweis Pflegestufe in Kopie
- ✓ Nachweis der Vertretungsbefugnis in Kopie
- ✓ Diagnoseblatt ausgefüllt und bestätigt von einer Ärztin / einem Arzt

## Über die Gewährung der Förderung entscheidet der Fonds Soziales Wien

- ✓ Die Entscheidung über den Antrag wird Ihnen schriftlich zugestellt. Sollten Sie noch eine gültige Berechtigungskarte für Freizeitfahrtendienst besitzen, wird Ihnen die neue Berechtigungskarte spätestens 1 Woche vor dem Ablauf der bisher gültigen Berechtigungskarte zugestellt.
- ✓ Bei Erteilung einer Bewilligung erhalten Sie die Berechtigungskarte für den Freizeitfahrtendienst samt ausführlichen Informationen per Post zugesendet.

Nähere Informationen zum Leistungsinhalt können sie unter [www.fsw.at](http://www.fsw.at) nachlesen oder unter 01/24 5 24 abfragen.

\* Personen die nach Chancengleichheitsgesetz Wien leistungsberechtigt sind bzw. vor dem Pensionsantritt nachweislich leistungsberechtigt gewesen wären sind davon ausgenommen.

# Diagnoseblatt

zum Antrag auf Förderung im Rahmen des Freizeitfahrtendienstes für dauerhaft schwer gehbehinderte Menschen.

**Von (Fach)Ärztin, beziehungsweise (Fach)Arzt auszufüllen.**

**Bitte Kreuzen Sie immer nur das eher Zutreffende an!**

Name der Antragstellerin / des Antragstellers \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
T T M M J J J J

	ständig	zeitweise
RollstuhlfahrerIn (E-Rollstuhl? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzen von Rollstuhl auf einen Fahrzeugsitz (Bus/PKW) möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Krücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Krücke/Stock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen unmöglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen unmöglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begleitung nötig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zur Diagnose (**unbedingt** von (Fach)Ärztin, beziehungsweise (Fach)Arzt auszufüllen):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann liegt eine Gehbehinderung vor? \_\_\_\_\_

Bitte fachärztliches Gutachten falls vorhanden beilegen!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der (Fach)Ärztin / des (Fach)Arztes

**Bitte nicht ausfüllen! Wird vom Fonds Soziales Wien für interne Zwecke verwendet.**

**Bestätigung der/des medizinischen Sachverständigen:**

Eine schwere Gehbehinderung im Sinne des Antrages liegt

dauernd vor

voraussichtlich für \_\_\_\_\_ vor

nicht vor

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der/des medizinischen Sachverständigen