

**FRAGEBOGEN ZUM ZWECK DER INFORMATION
 ÜBER ANSPRÜCHE UND BEGÜNSTIGUNGEN DURCH DEN
 KRIEGSOPFER- UND BEHINDERTENVERBAND
 FÜR WIEN, NIEDERÖSTERREICH UND BURGENLAND
 1080 Wien, Lange Gasse 53, Tel. 01/406 15 86-0**

Name: Tel.Nr.:

Adresse:

Sozialversicherungsnummer (Geburtsdatum):

Staatsbürgerschaft: Geschlecht: (*) m w

Welche Gesundheitsschädigungen (Behinderungen) liegen vor?

.....

Ursache: (*)

- Kriegs- oder Wehrdienstschädigung
- Arbeitsunfall oder Berufskrankheit
- Gewaltverbrechen
- Impfschaden
- Kampf um ein freies, demokratisches Österreich
- Sonstige:

.....

Wurde der Grad der Behinderung bereits (prozentuell) festgestellt? (*)

- Ja Nein

Wenn ja; wie hoch und von welcher Behörde?

..... v.H. (%) von:

Sind Sie: (*)

- lohnsteuerpflichtig
- einkommensteuerpflichtig
- mitversichert bei
- selbstversichert, aber wegen des geringen Einkommens nicht steuerpflichtig

Ihr Krankenversicherungsträger ist:

(*) zutreffendes bitte ankreuzen!

Sind Sie im Besitz eines Führerscheines? (*)

- Ja Nein

Sind in Ihrem Führerschein Auflagen, Beschränkungen eingetragen? (*)

- Ja Nein

Wenn ja; welche?

.....
.....

Sind Sie Eigentümer eines Kraftfahrzeuges? (*)

- Ja Nein

Besitzen Sie einen Parkausweis für Behinderte (§ 29 b StVO)? (*)

- Ja Nein



Sind Sie von der motorbezogenen Versicherungssteuer (Kfz-Steuer) befreit? (*)

- Ja Nein

Sind Sie nicht in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel wegen der Gesundheitsschädigung zu benützen und deshalb auf Ihr (ein) Kraftfahrzeug angewiesen? (*)

- Ja, ich bin auf ein Kraftfahrzeug angewiesen
 Nein, ich kann öffentliche Verkehrsmittel benützen

Sind Sie? (*)

- ein behindertes Kind
 in Schul/Lehr/Studienausbildung
 arbeitslos (arbeitssuchend gemeldet)
 im Haushalt tätig
 berufstätig (unselbständig)
 selbständig erwerbstätig
 im dauernden Ruhestand (meine Pension/Rente erhalte ich von folgender Anstalt:
.....)

Sind Sie Inhaber eines Behindertenpasses? (*)

- Ja Nein

Wenn ja; welche Eintragungen wurden darin vorgenommen?

.....
.....
.....

(*) zutreffendes bitte ankreuzen!

Erhalten Sie Pflegegeld? (*)

- Ja Nein

Wenn ja; welche Stufe und von welcher Anstalt? (*)

- 1 2 3 4 5 6 7

von folgender Anstalt:

Brauchen Sie Betreuung und Hilfe anderer Personen? (*)

- Ja Nein

Bei ja; wobei brauchen Sie fremde Hilfe? (*)

- Einkaufen von Nahrungsmitteln und Medikamenten
- Reinigen der Wohnung und Gebrauchsgegenstände
- Pflege der Leib- und Bettwäsche
- Wohnraumbeheizung mit Heizmaterialbeschaffung
- Diverse Wege (Therapie, Arztbesuch, usw.)
- Zubereiten der Mahlzeiten
- Körperreinigung und -pflege
- Einnehmen der Mahlzeiten
- Verrichtung der Notdurft und Reinigung danach
- An- und Auskleiden

Falls Sie für weitere lebenswichtige Verrichtungen fremde Hilfe brauchen, führen Sie diese bitte hier an:

.....
.....
.....

Müssen Sie Diät einhalten? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung(en)?

.....

Sind Sie zur Fortbewegung überwiegend auf einen Rollstuhl angewiesen? (*)

- Ja Nein

Sind Sie blind? (*)

- Ja Nein

(*) zutreffendes bitte ankreuzen!

Mit diesen Angaben sind wir in der Lage, Ihnen die zustehenden Begünstigungen und Versorgungsansprüche aufzuzeigen, wobei wir darauf hinweisen, dass Ihre Daten ausschließlich für interne Zwecke verwendet werden.

Sie haben jedoch auch die Möglichkeit, unsere Broschüre „Behindertenberatung von A - Z“ kostenlos anzufordern, in welcher wir alles aufgelistet haben (Tel. 01/406 15 86, Sozialrechtsabteilung).

Falls Sie besondere behinderungsbedingte Probleme haben, welche wir durch die allgemeine Information zum Fragebogen vermutlich nicht erfassen, bitten wir Sie, diese nachstehend gesondert anzuführen. Wir werden uns bemühen, Ihnen bei der Bewältigung dieser Probleme zu helfen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....