

FRAGEBOGEN

Name: Tel.Nr.:

Adresse:
.....

Geburtsdatum: Staatsbürgerschaft:

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ keine Angabe

Mitgliedsnummer:

Wir bieten Ihnen gerne an, Ihnen eine auf Ihre konkrete Lebenssituation abgestellte Information über die Ihnen allfällig zustehenden Ansprüche und Begünstigungen zu übermitteln. Zu diesem Zweck ersuchen wir Sie, nachstehende Fragen zu beantworten. Wir weisen darauf hin, dass Ihre Daten ausschließlich für interne Zwecke verwendet und nicht weitergegeben werden und ersuchen Sie um Unterfertigung nachstehender Zustimmungserklärung für die interne Verarbeitung Ihrer Daten.

Zustimmungserklärung:

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine in diesem Fragebogen angeführten Daten intern verarbeitet werden. Ich wurde auch darüber aufgeklärt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

.....
(Datum und Unterschrift)

Sind Sie? (*)

- ☐ ein Kind
- ☐ in Schul/Lehr/Studienausbildung
- ☐ arbeitslos (arbeitssuchend gemeldet)
- ☐ im Haushalt tätig
- ☐ berufstätig (unselbständig)
- ☐ selbständig erwerbstätig
- ☐ Rehabilitationsgeldbezieher:in
- ☐ Pensionist:in
- Wenn ja, von folgender Sozialversicherungsanstalt erhalten
Sie Ihre Leistung?
- Wenn ja, ist diese
 - ☐ befristet (bitte Zeitraum angeben)
 - oder ☐ unbefristet

(*) **zutreffendes bitte ankreuzen!**

Welche Gesundheitsschädigungen liegen vor?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ursache: (*)

- ☐ Arbeitsunfall
- ☐ Berufskrankheit
- ☐ Gewaltverbrechen
- ☐ Impfschaden
- ☐ durch den 1./2. Weltkrieg erlittene Gesundheitsschädigung
- ☐ durch eine beim österreichischen Bundesheer erlittene Gesundheitsschädigung
- ☐ Sonstige:

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

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja,

wie hoch % und von welcher Behörde:.....

Sind Sie im Besitz eines Behindertenpasses? (*)

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, ist dieser ☐ befristet (bitte Zeitraum angeben)
oder ☐ unbefristet

Wenn ja, wurden folgende Zusatzeintragungen vorgenommen?

- ☐ Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel
- ☐ D1/D2/D3 (diätpflichtige Erkrankungen)
- ☐ Bedarf einer Begleitperson
- ☐ Fahrpreisermäßigung
- ☐ Blind/hochgradig sehbehindert
- ☐ Andere, und zwar.....

(*) zutreffendes bitte ankreuzen!

Ist ein Kraftfahrzeug auf Sie zugelassen? (*)

☐ Ja ☐ Nein

Besitzen Sie einen Parkausweis für Menschen mit Behinderungen (§ 29 b StVO)? (*)



☐ Ja ☐ Nein

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

☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie in der Lage, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen? (*)

☐ Ja ☐ Nein, weil

Sind Sie im Besitz eines Bescheides des Sozialministeriumservice über die Zugehörigkeit zum Personenkreis der begünstigten Behinderten nach dem Behinderteneinstellungsgesetz? (*)

☐ Ja ☐ Nein

Erhalten Sie Pflegegeld? (*)

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja:

welche Stufe:

von welcher Sozialversicherungsanstalt:

Brauchen Sie Betreuung und Hilfe anderer Personen? (*)

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, für welche Verrichtungen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(*) zutreffendes bitte ankreuzen!