

Förderantrag Inntalhilfe e.V.



Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen. Nicht zutreffende Felder können mit 'entfällt' gekennzeichnet werden.

1. Angaben zur antragstellenden Person

Vor- und Nachname	Verhältnis zum Kind / Jugendlichen	
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort	
Telefon	E-Mail	
Vertretungsberechtigt	Ja	Nein

2. Angaben zum Kind / Jugendlichen

Vor- und Nachname	Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort	
Art der Behinderung oder Beeinträchtigung		
Pflegegrad	Grad der Behinderung (GdB)	Merkzeichen

3. Persönliche und finanzielle Situation

Bitte schildern Sie, weshalb die Leistung benötigt wird und warum eine Finanzierung aus eigenen Mitteln nicht oder nur unter erheblichen Einschränkungen möglich ist.

Darstellung der Situation

3. Persönliche und finanzielle Situation - Fortsetzung

Anzahl der im Haushalt lebenden Personen

Davon Kinder bzw. Jugendliche

Bestehen besondere finanzielle Belastungen?

Nein

Ja

Falls ja, bitte beschreiben

4. Beantragte Unterstützungsleistung

Art der Leistung

Medizinisches oder therapeutisches Hilfsmittel

Therapie oder Fördermaßnahme

Mobilitätsunterstützung

Freizeit-, Sport- oder Teilhabeangebot

Umbau oder behinderungsbedingte Anpassung

Entlastungs- oder Betreuungsleistung

Fahrt- oder Reisekosten

Sonstige Leistung

Bezeichnung der sonstigen Leistung

Beschreibung, Zweck und erwarteter Nutzen der Maßnahme

4. Leistungserbringer / Anbieter

Name des Anbieters

Ansprechpartner/in

Anschrift

Telefon oder E-Mail

Geplanter Beginn

Voraussichtliche Dauer

5. Kosten und Finanzierung

Voraussichtliche Gesamtkosten (EUR)

Leistung anderer Kostenträger (EUR)

Eigenanteil (EUR)

Sonstige Zuschüsse / Spenden (EUR)

Beantragter Zuschuss bei der Inntalhilfe e.V. (EUR)

Wurde die Maßnahme bereits begonnen, beauftragt oder bezahlt?

Nein

Ja

Falls ja, Datum

Gewünschte Zahlungsweise

Zahlung an die antragstellende Person

Direkte Zahlung an den Anbieter

Erstattung nach Vorlage der Rechnung

Sonstige Zahlungsweise

Sonstige Zahlungsweise

6. Andere Kostenträger

Wurde die Kostenübernahme bereits bei einer Krankenkasse, Pflegekasse, Behörde oder anderen Stelle beantragt?

Nein Ja

Kostenträger / Stelle 1 Antragsdatum Ergebnis / Bearbeitungsstand

Kostenträger / Stelle 2 Antragsdatum Ergebnis / Bearbeitungsstand

Kostenträger / Stelle 3 Antragsdatum Ergebnis / Bearbeitungsstand

Liegt ein Ablehnungs- oder Teilablehnungsbescheid vor? Nein Ja

Datum des Bescheids

Wurde Widerspruch eingelegt? Nein Ja Nicht zutreffend

Falls ja, Datum

7. Fachliche Empfehlung

Liegt eine ärztliche, therapeutische, pädagogische oder sonstige fachliche Empfehlung vor? Nein Ja

Name der Fachperson oder Einrichtung Fachgebiet / Funktion

Datum der Empfehlung Kontaktdaten

Kurze Begründung der empfohlenen Maßnahme

8. Beizufügende Unterlagen

Bitte reichen Sie - soweit vorhanden und für die Entscheidung erforderlich - die folgenden Unterlagen in Kopie ein.

Angebot, Kostenvoranschlag oder Kostenaufstellung

Ärztliche, therapeutische oder pädagogische Empfehlung

Ablehnungs- oder Teilablehnungsbescheid eines Kostenträgers

Nachweis über Pflegegrad oder Grad der Behinderung

Nachweise über weitere beantragte oder bewilligte Zuschüsse

Geeignete Nachweise zur finanziellen Bedürftigkeit

Sonstige Unterlagen

Sonstige Unterlagen

9. Erklärung der antragstellenden Person

Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.

Ich bestätige, dass die beantragte Maßnahme aus eigenen Mitteln derzeit nicht oder nur unter erheblichen Einschränkungen finanziert werden kann. Änderungen, die für die Entscheidung oder die Höhe der Unterstützung von Bedeutung sind, werde ich dem Verein unverzüglich mitteilen.

Mir ist bekannt, dass die Bewilligung im Rahmen der Satzung, der verfügbaren Vereinsmittel und einer Einzelfallprüfung erfolgt. Aus der Antragstellung entsteht kein Anspruch auf eine Förderung.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zur Prüfung und Abwicklung erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeitet werden. Soweit Gesundheitsdaten erforderlich sind, erfolgt deren Verarbeitung ausschließlich zum Zweck der Antragsprüfung und Förderabwicklung.

Ich habe die Erklärung gelesen und bestätige sie.

Förderantrag Inntalhilfe e.V.



10. Unterschrift

Ort

Datum

Unterschrift der antragstellenden bzw. vertretungsberechtigten Person

Name in Druckbuchstaben

. Nur vom Verein auszufüllen

Eingang des Antrags

Zuständiges Vorstandsmitglied

Antrag vollständig

Ja

Nein

Fehlende Unterlagen angefordert am

Entscheidung

Bewilligt

Teilbewilligt

Abgelehnt

Bewilligter Betrag (EUR)

Datum der Entscheidung

Zahlungsdatum

Aktenzeichen / Vorgangsnummer

Begründung oder interne Anmerkungen

Unterschrift / Freigabe