

**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 benutzen und deshalb auf Ihr (ein) Kraftfahrzeug angewiesen? (*)

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

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!

