

**BUNDESSOZIALAMT LANDESSTELLE STEIERMARK**

BABENBERGERSTRASSE 35, 8021 GRAZ , TEL. 05 99 88, FAX 05 99 88 / 6899

**ANTRAG**

auf **Feststellung** der Zugehörigkeit zum Personenkreis der **begünstigten Behinderten** gemäß den Bestimmungen der §§ 2 und 14 des Behinderteneinstellungsgesetzes (BEinstG), BGBl. Nr. 22/1970, in derzeit geltender Fassung

**FOLGENDE UNTERLAGEN SIND DEM ANTRAG ANZUSCHLIESSEN:**

(Nähere Informationen zum Verfahren entnehmen sie bitte dem Beiblatt!)

- **Staatsbürgerschaftsnachweis im Original** (oder beglaubigte Abschrift)
- aus letzter Zeit stammende **ärztliche Befunde** (Kopien) über die vorliegenden Gesundheitsschädigungen
- Renten- oder Pensionsbescheide
- Sonstiges (z.B. Nachweis der Flüchtlingseigenschaft, Sachwalterbestellungsdekret, ...)

Vom Antragsteller in Block- oder Maschinschrift auszufüllen:

<b>Versicherungsnummer</b> (zehnstellig)									

<b>Familienname</b> / allf. früherer Familiennamen	<b>Vorname</b>	Akadem. Titel
--	----------------	---------------

Geburtsdatum	Staatsbürgerschaft
--------------	--------------------

Anschrift	PLZ	Ort	Straße/Hausnummer	Tel.Nr.
-----------	-----	-----	-------------------	---------

Bezeichnung (Name) und Anschrift des Dienstgebers:	erlernter Beruf:	ausgeübter Beruf:
--	------------------	-------------------

Ich bin zur Vermittlung angemeldet beim Arbeitsmarktservice (Bezeichnung der Geschäftsstelle)

Ich bin krankenversichert bei (Bezeichnung der Krankenversicherungsanstalt)

Ich befinde mich in Schul- oder Berufsausbildung als

**Gesundheitsschädigungen sind auf der Rückseite einzutragen**

**Röntgenbilder** - wenn vorhanden - nehme ich zur ärztlichen Untersuchung durch einen Sachverständigen des Bundessozialamtes mit (bitte Zutreffendes ankreuzen!):  ja  nein

Ich beziehe eine  **Alterspension** -  **Invaliditätspension** -  **Berufsunfähigkeitspension** -  **Unfallrente** -  **Sonstige Pensionen oder Ruhegehälter** -(bitte bezeichnen):  
bitte Zutreffendes ankreuzen  
Bezeichnung der Anstalt (bitte Bescheid anschließen!):

**DIE VORSTEHENDEN ANGABEN SIND WAHRHEITSGETREU UND VOLLSTÄNDIG**

Ich nehme zur Kenntnis, dass mein Arbeitgeber im Falle einer positiven Erledigung meines Antrages auf Feststellung der Zugehörigkeit zum Personenkreis der begünstigten Behinderten im Rahmen der Prüfung der Beschäftigungspflicht gem. § 5 BeinstG von meiner Begünstigteneigenschaft Kenntnis erhält. Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, meinem Arbeitgeber eine vorliegende Begünstigteneigenschaft zu melden.

.....  
Ort und Datum

.....  
**Unterschrift des Antragstellers** und/oder seines gesetzlichen Vertreters

GESUNDHEITSSCHÄDIGUNGEN	behandelnder Arzt Name / Adresse	Letzte stat. <b>Krankenhausaufenthalte</b> Krankenhaus / Zeitraum

„Ich bin einverstanden, dass im Falle einer positiven Erledigung meines Antrages auf Feststellung der Zugehörigkeit zum Personenkreis der begünstigten Behinderten das Bundessozialamt meinen Dienstgeber informiert.“

\_\_\_\_\_ -  
**Unterschrift des Antragstellers** und/oder seines gesetzlichen Vertreters

nur von den Sachbearbeitern auszufüllen:

**Amtliche Vermerke des Bundessozialamtes:**

Der Besitz der **österreichischen Staatsbürgerschaft** ist nachgewiesen durch den Staatsbürgerschaftsnachweis vom

ausstellende Stelle:

Zahl:

Für die Richtigkeit der Eintragungen:

Die Originalurkunde wurde  
wieder übernommen:

\_\_\_\_\_