

**Amt der Vorarlberger Landesregierung**  
Abteilung Soziales und Integration (IVa)  
Römerstraße 15  
6901 Bregenz

Eingangsstempel des Landes

## Antrag auf Gewährung von Integrationshilfe (Formular IH-A 5) für „Mobile Familienentlastung“ für 2022/23

### 1 Persönliche Daten der antragstellenden Person<sup>1</sup>

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
(alle Vornamen sind anzugeben)

Geschlecht  weiblich  männlich  divers Akad. Titel \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
(TT. MM. JJJJ)

Sozialvers.-Nr. \_\_\_\_\_ SozialversicherungsträgerIn \_\_\_\_\_

Sofern keine aufrechte Sozialversicherung vorhanden:

Private Krankenversicherung  Nein  Ja, bei \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

#### Familienstand

ledig  verheiratet/eingetragene Partnerschaft  verwitwet  
 getrennt lebend  geschieden/aufgelöste eingetragene Partnerschaft

#### Hauptwohnsitz

Straße, HNr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

#### Staatsangehörigkeit

Österreich  staatenlos  andere/weitere \_\_\_\_\_

**HINWEIS:** Bei nicht österreichischer Staatsangehörigkeit ist zusätzlich das Beiblatt zur  
Mobilen Familienentlastung auszufüllen!

<sup>1</sup> Wird eine Förderung für eine minderjährige Person beantragt, dann ist diese die antragstellende Person. Der Antrag ist durch die gesetzliche Vertretung zu unterschreiben.

## 2 Vertreten durch

gesetzliche Vertretung       Erwachsenenvertretung

Vertretung beantragt     Nein       Ja      Bezirksgericht \_\_\_\_\_

Anrede       Frau     Herr      Akad. Titel \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
(TT. MM. JJJJ)

Straße, HNr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## 3 Behinderung/Erkrankung

(Zutreffendes ankreuzen/Mehrfachnennungen möglich)

**kognitive Behinderung**

- erhöhter sonderpädagogischer Förderbedarf (bei Kindern und Jugendlichen)
- Entwicklungsrückstand (bei Erwachsenen)
- Trisomie 21
- Frühkindlicher Autismus

**Neurologische Beeinträchtigung**

**Lernbeeinträchtigung**

- sonderpädagogischer Förderbedarf
- Entwicklungsverzögerung/-störung
- Aufmerksamkeitsstörung
- Sprachstörung

**Sonstige**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**psychische Erkrankung**

- Störungen mit Beginn in Kindheit/Jugend (Entwicklungsstörung)
- Neurotische Störung/psychosomatische Störung
- Suchterkrankung
- Persönlichkeitsstörung
- schizophrene/wahnhaftes/schwere affektive Störung
- organische psychische Störung

**körperliche Behinderung**

- Gehbehinderung
- Hörbeeinträchtigung
- Sehbeeinträchtigung
- spastische Lähmung

Grad der Behinderung:  Nein  Ja \_\_\_\_\_%

(Bescheid des Sozialministeriumservice beilegen)

Ist die Behinderung durch Unfall/Fremdeinwirkung entstanden?  Ja  Nein

Bestehen Ansprüche gegenüber Dritten?  Ja  Nein

Wenn ja, gegen wen? \_\_\_\_\_

(Versicherung, Privatperson etc.)

Wenn ja, wurden diese bereits geltend gemacht  Ja  Nein

bzw. besteht ein laufendes Verfahren?

#### 4 Leistung, für die Integrationshilfe beantragt wird

Ich beantrage die Gewährung einer Förderung für folgende Leistung(en):

Leistung

Begründung

#### 5 Pflegegeld

Pflegegeld  Nein  Ja Stufe \_\_\_\_\_

Euro \_\_\_\_\_

(Betrag monatlich)

Wenn kein Pflegegeld, wurde es beantragt?  Ja  Nein

#### 6 Betreuende Person / Eltern / Erziehungsberechtigte

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## 7 Betreuungssituation im Haushalt

- Alleinerziehende Person im betreuenden Haushalt  
 Weitere Kinder unter 16 Jahren im Haushalt (Geschwisterkinder):

Nachname Vorname	Geburtsdatum

- Pflegebedürftigkeit weiterer Familienmitglieder mit Pflegegeld im selben Haushalt:

Nachname Vorname	Sozialvers.-Nr.	Pflegestufe
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

(Bitte aktuellen Pflegegeldbescheid beilegen oder SVNR angeben)

## 8 Außerhäusliche Betreuung / Beschulung des Menschen mit Behinderung

(Zutreffendes ankreuzen/Mehrfachnennungen möglich)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Spielgruppe     | <input type="checkbox"/> Kindergarten              | <input type="checkbox"/> SPZ/Sonderschule             |
| <input type="checkbox"/> Volksschule     | <input type="checkbox"/> Hauptschule (Integration) | <input type="checkbox"/> Vorarlberger Mittelschule    |
| <input type="checkbox"/> Tagesschule     |  |   |
| <input type="checkbox"/> Schulheim Mäder | <input type="checkbox"/> LZH Dornbirn              | <input type="checkbox"/> Jupident (Kindertagesgruppe) |
| <input type="checkbox"/> _____           |  |   |

Integrativer Arbeitsplatz (Spagat-Arbeitsplatz usw.)      Stundenausmaß: \_\_\_\_\_

Integrative Wochenstruktur

Werkstätte      Fachwerkstätte      Stundenausmaß: \_\_\_\_\_  
 (Caritas, Lebenshilfe, füranand)

Schulbefreit

Sonstige Betreuung:

## Familienentlastung außerhalb der Familie in einem Wohnheim (Caritas, Lebenshilfe, füranand)

- an einem Wochenende im Monat (bis zu 36 Nächte im Jahr)      Anzahl der Nächte: \_\_\_\_\_  
 an mehreren Wochenenden im Monat (über 36 Nächte im Jahr)      Anzahl der Nächte: \_\_\_\_\_

## 9 Beigelegte Unterlagen (bei Erstantrag und Änderungen erforderlich)<sup>2</sup>

Folgende Unterlagen liegen dem Antrag **in Kopie** bei bzw. werden nachgereicht:

- Amtlicher Lichtbildausweis<sup>2</sup>
- Staatsbürgerschaftsnachweis<sup>2</sup>
- Nachweis über Art und Umfang des Vertretungsverhältnisses
- Bescheid über den Bezug von Pflegegeld
- Bescheid über den Bezug von Pflegegeld der weiteren Familienmitglieder
- Ärztlicher Nachweis der Behinderung
- Beiblatt zur mobilen Familienentlastung (bei nicht österreichischer Staatsangehörigkeit)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## 10 Wichtige Hinweise

1. Die Erledigung des Antrages auf Integrationshilfe erfolgt ausnahmslos **schriftlich** und ergeht direkt an die betreuende Person sowie in Kopie an die (gesetzliche) Vertretung.
2. Darüber hinaus ist Integrationshilfe rückzuerstatten, wenn sie aufgrund von unrichtigen Angaben gewährt wurde, sie nicht widmungsgemäß verwendet wurde oder der Anzeigepflicht nach § 12 Integrationshilfverordnung nicht nachgekommen wurde. Im Übrigen wird auf § 14 Integrationshilfverordnung verwiesen.
3. Die Leistungserbringerin/der Leistungserbringer rechnet die bewilligte Integrationshilfe direkt mit dem Land ab.
4. „Mobile Familienentlastung“ für 2022/23 wird ab Einlagen des Antrages gewährt und ab dem 1. November 2022 anteilmäßig berechnet.
5. Der Antrag auf Integrationshilfe kann gem. § 11 Abs. 1 Chancengesetz über das Gemeindeamt eingebracht werden. Die Gemeinden können nach der Bestimmung des § 11 Abs. 2 Chancengesetz weiterzuleitenden Anträgen eine Stellungnahme anschließen, in der auch ein begründeter Lösungsvorschlag enthalten sein kann.

---

<sup>2</sup> Diese Unterlagen sind nicht erforderlich, wenn eine Bestätigung durch das Gemeindeamt erfolgt.

## 11 Verarbeitung personenbezogener Daten

Die Vorarlberger Landesregierung ist ermächtigt, bei der Vollziehung des Chancengesetzes personenbezogene Daten gemäß § 12 Chancengesetz zu verarbeiten.

**Hinweis: Bitte beachten Sie die beiliegende datenschutzrechtliche Information.**

## 12 Unterschrift

---

Ort, Datum

---

Unterschrift antragstellende Person

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (gesetzliche) Vertretung bzw.  
Erwachsenenvertretung

## 13 Bestätigung des Gemeindeamtes<sup>3</sup>

Die Angaben zu Name, Geburtsdatum, Adresse sowie zur Staatsangehörigkeit der antragstellenden Person wurden überprüft, sind vollständig und entsprechen den Tatsachen.

- Auf eine Stellungnahme gemäß § 11 Abs. 2 Chancengesetz wird verzichtet.
- Eine Stellungnahme gemäß § 11 Abs. 2 Chancengesetz wird gesondert abgegeben.
- Zum Antrag wird gemäß § 11 Abs. 2 Chancengesetz Stellung genommen wie folgt:

---

Ort, Datum

---

Stempel, Unterschrift

### Bei Rückfragen:

**Amt der Vorarlberger Landesregierung**

Abteilung Soziales und Integration (IVa)

Telefon: +43 (0) 5574 511 24105

E-Mail: [soziales-integration@vorarlberg.at](mailto:soziales-integration@vorarlberg.at)

---

<sup>3</sup> Eine Bestätigung des Gemeindeamtes ist nicht zwingend erforderlich.