

**ANTRAG AUF GEWÄHRUNG EINER LEISTUNG**  
 nach dem Oö. Chancengleichheitsgesetz, LGBl. Nr. 41/2008 idgF.



Zutreffendes ankreuzen!

**GSGD-So/E-35**

**LAND OBERÖSTERREICH**

Dieser Antrag wird

bei der zuständigen Bezirkshauptmannschaft \_\_\_\_\_

beim zuständigen Magistrat \_\_\_\_\_ eingereicht.

**Leistungsempfänger/in**

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____ Titel _____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	_____

**Arten der Hauptleistungen**

Folgende Leistungen werden beantragt:

Heilbehandlung	<input type="checkbox"/> Hippotherapie <input type="checkbox"/> Konduktive Mehrfachtherapie <input type="checkbox"/> Leistungen für Gehörlose <input type="checkbox"/> Leistungen der Krankenbehandlung ambulant und stationär
in/im	_____
Frühförderung	<input type="checkbox"/> Allgemeine Frühförderung <input type="checkbox"/> Sehfrühförderung <input type="checkbox"/> Frühe Kommunikationsförderung <input type="checkbox"/> Familienbegleitung (nur in Verbindung mit Allgemeiner Frühförderung)
in/im	_____
Arbeit und fähigkeitsorientierte Aktivität	<input type="checkbox"/> Berufliche Qualifizierung      in/im _____ <input type="checkbox"/> Geschützte Arbeit      in/im _____ <input type="checkbox"/> Fähigkeitsorientierte Aktivität      in/im _____ <input type="checkbox"/> Arbeitsbegleitung      in/im _____ Trainingsmaßnahmen: <input type="checkbox"/> Rehabilitation und Integration sehbehinderter und späterblindeter Menschen in/im _____ <input type="checkbox"/> Individualförderung durch Rehabilitation und Integration sehbehinderter und späterblindeter Menschen in/im _____
Wohnen	<input type="checkbox"/> Wohnmöglichkeit in einer Wohnung / Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> Wohnmöglichkeit in einem Wohnheim Einrichtung (Adresse bitte angeben) _____ _____
Persönliche Assistenz	<input type="checkbox"/> in Form des Trägermodells durch _____ <input type="checkbox"/> in Form des Auftraggebermodells durch _____
<input type="checkbox"/> Mobile Betreuung und Hilfe	durch _____

## Leistungsempfänger/in

Name	Familien-/Nachname _____		
	Vorname _____		Titel _____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsdatum	_____		
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	
		<input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____	
		<input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden
	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft
Anschrift	PLZ _____ Ort _____		
	Straße _____		Nr. _____
	Telefon _____		Fax _____
	E-Mail _____		

## Welche Art der Beeinträchtigung liegt vor? (Mehrfachnennung möglich)

<b>Beeinträchtigungsarten:</b>		
<input type="checkbox"/> Geistige Beeinträchtigung		
<input type="checkbox"/> Körperliche Beeinträchtigung _____		
<input type="checkbox"/> Gehbeeinträchtigung		
<input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer/in:	wenn ja: <input type="checkbox"/> Elektro-Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Hand-Rollstuhl
<input type="checkbox"/> Psychische Beeinträchtigung		
Sinnesbeeinträchtigung:		
<input type="checkbox"/> stark sehbeeinträchtigt bis blind	<input type="checkbox"/> schwerhörig bis gehörlos	<input type="checkbox"/> taubblind
<input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung		
<b>Spezifische Beeinträchtigungen</b>		
<input type="checkbox"/> Apalliker	<input type="checkbox"/> Chorea Huntington	<input type="checkbox"/> Suchterkrankung
<input type="checkbox"/> Autismus	<input type="checkbox"/> Organisches Psychosyndrom	
<input type="checkbox"/> Non-Compliance		
<input type="checkbox"/> Sonstige Beeinträchtigung _____		

## Versicherung des/der Leistungsempfängers/in

Krankenversicherungsträger _____	Soz.-Vers.-Nr. _____
<input type="checkbox"/> hauptversichert	
<input type="checkbox"/> mitversichert bei (Name) _____	
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in _____	
<input type="checkbox"/> selbstversichert	<input type="checkbox"/> nicht versichert (siehe ChG 5)

## Pflegegeldbezug des/der Leistungsempfängers/in

<input type="checkbox"/> Bundespflegegeld	<input type="checkbox"/> beantragt am _____	<input type="checkbox"/> kein Bezug
Stufe _____	Betrag _____ Euro	Bezug seit _____
auszahlende Stelle / Antrag gestellt bei _____		

## Aufenthalt in den letzten zwei Jahren

von _____ bis _____	in _____
von _____ bis _____	in _____
von _____ bis _____	in _____

## Bisherige Schulbildung

--

## Bisherige Berufsausbildung und -laufbahn

--

**Erwachsenenvertreter/in**     **gesetzliche/r Vertreter/in**     **Bevollmächtigte/r/**

**Nachweis über die Bestellung des/der Erwachsenenvertreters/in**

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____ Titel _____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Staatsbürgerschaft	
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in	

## Wurde die Gewährung einer der nachstehenden Leistungen beantragt?

<input type="checkbox"/> Invaliditätspension	bei _____	am _____
<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitspension	bei _____	am _____
<input type="checkbox"/> Waisenpension	bei _____	am _____
<input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerpension	bei _____	am _____
<input type="checkbox"/> nein		

## Bestehen Ansprüche aus einer Haftpflichtversicherung?

(Beeinträchtigung aufgrund eines Unfalles mit Fremdverschulden)

<input type="checkbox"/> ja, gegen welche Versicherungsanstalt _____
<input type="checkbox"/> nein

## Bestehen Ansprüche nach dem Impfschadengesetz?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---

## Informationen, die für die Assistenzkonferenz benötigt werden

Ist es Ihnen gesundheitlich möglich, persönlich an einer Assistenzkonferenz bei der zuständigen Behörde teilzunehmen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein: Sind Sie in der Lage, vor Ort (z.B. zu Hause, im Krankenhaus) an einer Assistenzkonferenz teilzunehmen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Soll eine Peer-Beraterin/ein Peer-Berater bei der Assistenzkonferenz anwesend sein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist eine Vorberatung durch eine Peer-Beraterin/einen Peer-Berater erwünscht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Der/Die Leistungsempfänger/in ist sorgepflichtig für

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____
Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Dienstgeber	
Einkommensverhältnisse (Höhe)	Euro

### Der/Die Leistungsempfänger/in ist sorgepflichtig für

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____
Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Dienstgeber	
Einkommensverhältnisse (Höhe)	Euro

### Der/Die Leistungsempfänger/in ist sorgepflichtig für

Name	Familien-/Nachname _____ Vorname _____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____
Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Dienstgeber	
Einkommensverhältnisse (Höhe)	Euro

## Vater

Name	Familien-/Nachname _____																						
	Vorname _____ Titel _____																						
Sozialversicherungsnummer	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table> (Beispiel: 1234TTMMJJ)																						
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Sonstige _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____ <input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____																						
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft																						
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____																						
<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Landwirt <input type="checkbox"/> Pensionist <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges _____																							
Dienstgeber		beschäftigt seit																					
Pensionsversicherung		Pens. Vers. Nr.																					

## Mutter

Name	Familien-/Nachname _____																						
	Vorname _____ Titel _____																						
Sozialversicherungsnummer	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table> (Beispiel: 1234TTMMJJ)																						
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Sonstige _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____ <input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____																						
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft																						
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____																						
<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Landwirt <input type="checkbox"/> Pensionist <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges _____																							
Dienstgeber		beschäftigt seit																					
Pensionsversicherung		Pens. Vers. Nr.																					

## Stiefvater/Pflegevater

Name	Familien-/Nachname _____																					
	Vorname _____ Titel _____																					
Sozialversicherungsnummer	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> (Beispiel: 1234TTMMJJ)																					
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Sonstige _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____ <input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____																					
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft																					
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____																					
<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Landwirt <input type="checkbox"/> Pensionist <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges _____																						
Dienstgeber		beschäftigt seit																				
Pensionsversicherung		Pens. Vers. Nr.																				

## Stiefmutter/Pflegemutter

Name	Familien-/Nachname _____																					
	Vorname _____ Titel _____																					
Sozialversicherungsnummer	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> (Beispiel: 1234TTMMJJ)																					
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> Sonstige _____ <input type="checkbox"/> Niederlassungsbewilligung bis _____ <input type="checkbox"/> Asylantrag gestellt am _____																					
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft																					
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____ Telefon _____ Fax _____ E-Mail _____																					
<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> Landwirt <input type="checkbox"/> Pensionist <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges _____																						
Dienstgeber		beschäftigt seit																				
Pensionsversicherung		Pens. Vers. Nr.																				



**Sonstige Beschäftigung**

entfällt

Betrag monatlich	Euro	Bezug seit
Art der Tätigkeit		
Dienstgeber		
Anschrift	PLZ _____ Ort _____	
	Straße _____ Nr. _____	

**Leibrenten und sonstige vertragliche Geldleistungen zur Deckung des Lebensbedarfs**

entfällt

Die Auszahlung erfolgt	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> _____
Betrag	Euro	Bezug seit
Von (Name)		
Anschrift	PLZ _____ Ort _____	
	Straße _____ Nr. _____	
	Telefon _____ Fax _____	
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in		

**Unterhaltsleistungen/Alimente**

\_\_\_\_\_

entfällt

Die Auszahlung erfolgt	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> _____
Betrag	Euro	Bezug seit
Auszahlende Stelle/ Familien- und Vorname		
Anschrift	PLZ _____ Ort _____	
	Straße _____ Nr. _____	
Name des/der Beziehers/in		
Anschrift	PLZ _____ Ort _____	
	Straße _____ Nr. _____	
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in		

**Vermietung und Verpachtung**

entfällt

Art des Vermögens	
Betrag	Euro

**Einkünfte aus Kapitalvermögen**

Art des Kapitalvermögens		
Betrag monatlich	_____ Euro	Bezug seit _____

## Leistungen, die für den/die Leistungsempfänger/in bezogen werden

Leistungen vom Dienstgeber (Kinderzulage, Haushaltszulage, . . .)  entfällt

Die Auszahlung erfolgt	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> _____
Betrag	Euro <span style="margin-left: 100px;">Bezug seit</span>
Auszahlende Stelle	Geschäftszahl/Pensions-Nr.
Anschrift	PLZ _____ Ort _____
	Straße _____ Nr. _____
Name des/der Beziehers/in	Geb.-Dat.
Anschrift	PLZ _____ Ort _____
	Straße _____ Nr. _____
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in	

Kinderzuschuss zur Pension /  Erhöhungsbetrag zur Ausgleichszulage  entfällt

Die Auszahlung erfolgt	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> _____
Betrag	Euro <span style="margin-left: 100px;">Bezug seit</span>
Auszahlende Stelle	Geschäftszahl/Pensions-Nr.
Anschrift	PLZ _____ Ort _____
	Straße _____ Nr. _____
Name des/der Beziehers/in	Geb.-Dat.
Anschrift	PLZ _____ Ort _____
	Straße _____ Nr. _____
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Leistungsempfänger/in	

### Erforderliche Unterlagen (entsprechend der beantragten Leistung):

Bitte übermitteln Sie **keine Originalunterlagen**, da diese nach elektronischer Erfassung nicht retourniert werden können.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arztbrief<br><input type="checkbox"/> Ärztlicher Verordnungsschein *)<br><input type="checkbox"/> Maßnahmenvorschlag der Trägereinrichtung *)<br><input type="checkbox"/> Schnupperbericht der Trägereinrichtung *)<br><input type="checkbox"/> Berufsberatungsgutachten des AMS *)<br><input type="checkbox"/> Bezugsbestätigung für Familienbeihilfe<br><input type="checkbox"/> Nachsichtsansuchen (bei Nicht-Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen)<br>Einkommensnachweise (in Kopie)<br>Niederlassungsbewilligung (in Kopie)<br>Beschäftigungsbewilligung (in Kopie) | <input type="checkbox"/> Ärztliches Gutachten, Befunde *)<br><input type="checkbox"/> Fördervorschlag der Trägereinrichtung *)<br><input type="checkbox"/> Psychologisches Entwicklungsprofil *)<br><input type="checkbox"/> Nachweis der Vertretungsbefugnis (in Kopie)<br><input type="checkbox"/> Nachweis über Bezug des Bundespflegegeldes (Bescheid) |
|---|--|

Nachweise bzgl. Einkommen (z.B. Lohnzettel, Einkommenssteuerbescheide, . . .)

<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Sonstige Nachweise:

<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

**HINWEIS:**

**Eine Bearbeitung ist nur dann möglich, wenn alle erforderlichen Unterlagen angeschlossen sind.  
In Einzelfällen steht es im Ermessen der entscheidenden Behörde, noch weitere Unterlagen anzufordern.**

\*) Soweit vorhanden

**Der/Die Unterzeichner/in bestätigt hiermit ausdrücklich, auf folgende Tatsachen hingewiesen worden zu sein:**

Ich versichere, dass ich die Angaben richtig und vollständig gemacht habe.

Jede Änderung von Einkommens-, Familien- oder Wohnverhältnissen muss unaufgefordert binnen zwei Wochen der zuständigen Behörde mitgeteilt werden.

Die Kosten für eine Hauptleistung, die aufgrund falscher, nicht bekannt gegebener oder verschwiegener Angaben bzw. Änderungen gewährt wurden, sind zurückzuerstatten.

Der/Die Leistungsempfänger/in wird ab Beginn der beantragten Leistung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zur Zahlung eines Beitrags herangezogen.

Im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen kann es dazu kommen, dass der/die Leistungsempfänger/in bzw. eine dazu verpflichtete Person (zB Erben, Eltern im Rahmen der Unterhaltspflicht, ...) einen Kostenersatz für erbrachte Leistungen nach diesem Landesgesetz erbringen muss.

**HINWEIS NACH EU DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG**

1. Das Amt der Oö. Landesregierung und die Bezirksverwaltungsbehörden sind gemeinsam Verantwortliche im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung.

2. Datenschutzbeauftragte sind:

Für das Amt der Oö. Landesregierung und die Bezirkshauptmannschaften:

KPMG Security Services GmbH  
Adresse: Kudlichstraße 41, 4020 Linz  
E-Mail: DSBA-LandOOE@kpmg.at  
Telefon: +(43) 732 6938 2610

Für den Magistrat der Stadt Steyr:

Datenschutz konform GmbH,  
Hrn. Dkfm. Dieter Raible  
Spittelwiese 6, 4020 Linz,  
E-Mail: d.raible@dsgvo-konform.at

Für den Magistrat der Stadt Linz:

Mag. Ing. Markus Oman,  
CSE (O.P.P.), Tel: 0732 7070,  
E-Mail: datenschutz@mag.linz.at

Für den Magistrat der Stadt Wels:

Mag. Ing. Markus Oman,  
CSE (O.P.P.), Tel: 07242 235-0,  
E-Mail: datenschutz@wels.gv.at

3. Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten erfolgt gemäß § 47 Oö. Chancengleichheitsgesetz bzw. ist für die Erbringung der beantragten Leistung erforderlich.

4. Die erhobenen personenbezogenen Daten werden im Bedarfsfall an folgende Empfänger übermittelt: Erbringer von Leistungen nach dem Oö. Chancengleichheitsgesetz, Träger der Sozialhilfe bzw. bedarfsorientierten Mindestsicherung sowie ersuchte oder beauftragte Behörden

5. Die Aufbewahrungsdauer der einzelnen Datenverarbeitungen ergibt sich zum einen aus speziellen gesetzlichen Bestimmungen bzw. aus den jeweiligen Skartierungsvorschriften. Die oö. Landesverwaltung hat gemäß § 3 Oö. Archivgesetz alle Unterlagen, die sie nicht mehr ständig benötigen, nach Ablauf einer durch die Organisationsvorschriften (Skartierungsvorschriften) festgelegten Frist oder spätestens nach 30 Jahren dem Oö. Landesarchiv zur Übernahme (Prüfung der Archivwürdigkeit) anzubieten (Maximalfristen).

6. Nach den Art. 15 ff DSGVO besteht grundsätzlich ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch sowie in bestimmten Fällen auf Datenübertragbarkeit.

7. Die von der Datenverarbeitung betroffene Person hat das Recht, aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Art. 6 Abs. 1 lit. e oder f DSGVO erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein auf diese Bestimmungen gestütztes Profiling (Art. 21 Abs. 2 DSGVO). Gemäß Art. 21 Abs. 2 DSGVO besteht ein Widerspruchsrecht bei Direktwerbung. Bitte beachten Sie, dass ein Widerspruch nicht zielführend ist, wenn die Datenverarbeitung aus zwingenden schutzwürdigen Gründen erforderlich ist.
8. Für allfällige datenschutzrechtliche Beschwerden ist die Österreichische Datenschutzbehörde (Barichgasse 40-42, 1030 Wien) zuständig.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

- des/der Leistungsempfängers/in
- des/der gesetzlichen Vertreters/in
- des/der Bevollmächtigten
- des/der Erwachsenenvertreters/in