

An das   
Amt der Tiroler Landesregierung  
Büro Landeshauptmann  
Eduard-Wallnöfer-Platz 3  
6020 Innsbruck   
Tel. 0512/508/2010, Fax 0512/508/742015  
E-Mail: [landeshauptmann@tirol.gv.at](mailto:landeshauptmann@tirol.gv.at)

**Antrag auf Landesunterstützung  
für Familien/Personen in existenzbedrohlicher Notlage  
Vor- und Zuname des Antragstellers / der Antragstellerin:**

---

|   |                     |
|---|---------------------|
| <b>Persönliche Daten des Antragstellers/der Antragstellerin:</b>  |                     |
| PLZ, Ort:   | Adresse:            |
| Telefon:  | E-Mail:             |
| Geburtsdatum:   | Staatsbürgerschaft: |
| Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden<br><input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet |                     |

|   |                           |
|---|---------------------------|
| <b>Allfällige Angaben betreffend Privatinsolvenz / Abschöpfungsverfahren:</b> |                           |
| Bezirksgericht  | Verfahren eingeleitet am: |
| Zahlungsplan:   |                           |

- Grund des Antrages:**  Unterstützung zur Bewältigung von Bestattungskosten  
 Soforthilfe bei Brandereignissen  
 Unterstützung zur Bewältigung von Bergungs-/Flugrettungskosten

**Schilderung der Notlage bzw. wie es dazu kam:**

---

---

---

---

---

---

---

---

|   |
|---|
| <b>Liegt eine Versicherung den geschilderten Unglücksfall betreffend vor:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Angaben über die Höhe der Versicherungsleistung (falls bereits bekannt): €</b>   |

**Beruf des Antragstellers/der Antragstellerin (Anschrift Arbeitgeber):**

|  |                |                |       |
|--|----------------|----------------|-------|
| Beschäftigt bei:   |                |                | seit: |
| Selbständig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                |                | seit: |
| Arbeitslos seit:   | letzter Lohn € | ausbezahlt am: |       |

**Haushaltsangehörige des Antragstellers/der Antragstellerin**

(Ehegatte, eingetragener Partner, Lebensgefährte/In, Kinder, Großeltern, oä)

| Name | Geburtsdatum | Verwandtschaftsverhältnis | Familienbeihilfe  | Nettoeinkommen ges.* |      |
|------|--------------|---------------------------|---|----------------------|------|
|      |              |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Art                  | Höhe |
|      |              |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                      | €    |
|      |              |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                      | €    |
|      |              |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                      | €    |
|      |              |                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                      | €    |

\*Gehalt/Lohn, Arbeitslose, Kranken-/Reha-Geld, Notstandshilfe, Pension, div. Einnahmen (Nachweise beilegen)

**Unterhalts/Sorgeverpflichtung für nicht mit dem Antragsteller/ der Antragstellerin im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten/in und/oder Kinder (Nachweise beilegen)**

| Name | Geburtsdatum | Verwandtschaftsverhältnis | Monatl. Unterhaltsleistung |
|------|--------------|---------------------------|----------------------------|
|      |              |                           | €                          |
|      |              |                           | €                          |
|      |              |                           | €                          |

**Wohnverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin: (Art der Unterkunft)**

|                                      |  |   |                                     |
|--------------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eigenheim   | <input type="checkbox"/> Mietwohnung             | <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung | <input type="checkbox"/> Untermiete |
| <input type="checkbox"/> Wohnungslos | <input type="checkbox"/> Sonstige (zB Wohnrecht) |   |                                     |
| Der Mietvertrag lautet auf           |  |   |                                     |
| Größe der Wohnung                    | m <sup>2</sup>                                   | Anzahl der Zimmer:                        |                                     |
| Miete: €                             | Betriebs- und Heizkosten monatl.: €              |   |                                     |

**Versicherungsangaben des Antragstellers/der Antragstellerin:**

|   |   |
|---|---|
| Ich bin krankenversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | bei Vers.-Träger  |
| selbstversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein          | mitversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sozialversicherungsnummer:  |   |

**Monatliches Einkommen des Antragstellers/der Antragstellerin:**

|  |   |
|--|---|
| Arbeitseinkommen monatlich ohne Familienbeihilfe                     | € |
| Arbeitslosen-, Notstandsunterstützung                                | € |
| Wochenhilfe, Kinderbetreuungsgeld, Zuschuss zum Kinderbetreuungsgeld | € |
| Krankengeld  | € |
| Pension und Firmenpension  | € |
| Sonstige Einkommen (zB Untermieteinnahmen, Leibrente, usw.)          | € |
| Mietzins- und Wohnbeihilfe   | € |

**Familienbeihilfe oder Pflegegeldbezug des Antragstellers/der Antragstellerin:**

|  |  |       |
|--|--|-------|
| Familienbeihilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   | erhöhte Familienbeihilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | €     |
| Pflegegeldbezieher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Stufe:   | seit: |
|  |  | €     |

**Weiterführende Vermögenswerte des Antragstellers/der Antragstellerin:**

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Sparbuch <input type="checkbox"/> Bausparvertrag <input type="checkbox"/> Wertpapiere                 |
| <input type="checkbox"/> Immobilie (Haus, Wohnung) <input type="checkbox"/> Grundbesitz <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug |

**Monatliche Ausgaben des Antragstellers/der Antragstellerin:**

|   |   |
|---|---|
| Kreditrückzahlung: Angabe(n) Kreditinstitut(e) – monatliche Rate - Laufzeit |   |
| 1.  | € |
| 2.  | € |
| Versicherungen gesamt (monatlich)   |   |

**Freiwillige Angaben zu Behinderung oder Erkrankung des Antragstellers/der Antragstellerin**

|   |   |
|---|---|
| Grad der Behinderung nach Einstufung des Bundessozialamtes: | %   |
| Besteht die Behinderung seit der Geburt?                    | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Folgende Gesundheitsbeeinträchtigung liegt vor:             |   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Gleichlautende Unterstützungsanfrage wurde gestellt bei:</b> | <b>Wurde bereits zugesagt in Höhe:</b> |
|   | €                                      |
|   | €                                      |
|   | €                                      |

**Bankverbindung des Antragstellers/der Antragstellerin  
(Konto auf welches die etwaige Unterstützung überwiesen werden soll)**

|                      |
|----------------------|
| <b>Bank:</b>         |
| <b>Kontoinhaber:</b> |
| <b>BIC:</b>          |
| <b>IBAN:</b>         |

Ich bestätige durch meine Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben und nehme zur Kenntnis, dass durch unvollständige oder unwahre Angaben zu Unrecht erbrachte Leistungen zurückzuerstatten sind. Auf eine Unterstützung aus den Mitteln des Landesunterstützungsfonds besteht kein Rechtsanspruch.

*Der/die Unterstützungssuchende stimmt zu, dass die Daten für die Gewährung und eventuelle Rückforderung dieser Leistungen in der Datenanwendung TISO (Tiroler Informationssystem Sozialverwaltung) in Form eines Informationsverbundsystems zur Beurteilung der Hilfeleistung verarbeitet werden. Betreiber des Informationsverbundsystems ist das Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, Eduard-Wallnöfer-Platz 3, 6020 Innsbruck.*

*Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich beim Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, Eduard-Wallnöfer-Platz 3, 6020 Innsbruck widerrufen werden. Bitte beachten Sie, dass nach erfolgten Widerruf Ihr Ansuchen nicht mehr bearbeitet werden kann und Ihre Daten gelöscht werden. Die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.*

*Sie haben das Recht auf Auskunft, Richtigstellung und Löschung.*

*Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht an die Datenschutzbehörde.*

*Die verarbeiteten Daten werden vor dem Zugriff Nichtberechtigter gesichert gespeichert und spätestens 7 Jahre nach Beendigung der Leistung gelöscht.*

*Verantwortlich für die Einhaltung ist das Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, Eduard-Wallnöfer-Platz 3, 6020 Innsbruck.*

*Datenschutzbeauftragter ist Dr. Norbert Habel, Landhaus, Eduard-Wallnöfer-Platz 3, 6020 Innsbruck.*

**Ort, Datum**

**Unterschrift Antragstellerin/Antragstellers  
bzw. der gesetzlichen Vertretung**

**BESTÄTIGUNG DES  
MARKTGEMEINDEAMTES / GEMEINDEAMTES**

*Die persönlichen Daten des Antragstellers/der Antragstellerin wurden überprüft, ebenso ist die Schilderung des Ereignisses, welches zur Notlage geführt hat, wahrheitsgetreu wiedergegeben und entspricht den Tatsachen.*

*Die Notwendigkeit einer Bedienung erscheint aus Sicht der Gemeinde*  *gegeben*

*nicht gegeben*

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>ORT, DATUM</b> | <b>DER BÜRGERMEISTER:</b><br><br><b>STEMPEL UND UNTERSCHRIFT</b> |
|-------------------|--|

**Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizuschließen:**

**Bei Sterbefällen:**

- Sterbeurkunde
- Einkommensnachweise Antragsteller/Antragstellerin
- Einkommensnachweise Haushaltsangehörige des Antragstellers/der Antragstellerin
- aktueller Kontoauszug Antragsteller/Antragstellerin
- Nachweise über weiterführende Vermögenswerte
- Rechnung(en)/Kostenvoranschläge, die Bestattung betreffend (Bestatter, Gemeinde, usw.) mit Zahlungsnachweis(en) oder dem Hinweis, dass die Rechnung(en) noch offen sind

**Bei Brandereignissen:**

- Einkommensnachweise Antragsteller/Antragstellerin
- Einkommensnachweise Haushaltsangehörige des Antragstellers/der Antragstellerin
- aktueller Kontoauszug Antragsteller/Antragstellerin
- Nachweise über weiterführende Vermögenswerte

**Bei Bergungs-/Flugrettungskosten:**

- Einkommensnachweise Antragsteller/Antragstellerin
- Einkommensnachweise Haushaltsangehörige des Antragstellers/der Antragstellerin
- aktueller Kontoauszug Antragsteller/Antragstellerin
- Nachweise über weiterführende Vermögenswerte
- Rechnung(en), die Flugrettungskosten betreffend mit Zahlungsnachweis(en) oder dem Hinweis, dass die Rechnung(en) noch offen sind

**Die Bestätigung des Wohnsitzgemeindeamtes ist einzuholen!**

**ACHTUNG:**

**Ausnahme besteht für Wohnsitze in der Stadt Innsbruck:  
In diesen Fällen ist ein Meldezettel beizufügen,  
jedoch keine Bestätigung einzuholen!**

**Alle Angaben des Antrages müssen durch Unterlagen belegbar sein!**