

Ansuchen um Feststellung der Zivilinvalidität und/oder Blindheit und/oder Gehörlosigkeit und/oder Behinderung und/oder der gezielten Arbeitseingliederung

Der/die Unterfertigte (Nachname) (Vorname)
 Geschlecht ☐ m ☐ w geb. am in Prov.
 Steuernummer Tel./Mobil

ersucht

um Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen (mit entsprechender Anerkennung der finanziellen Leistungen) des eigenen Zustandes als

- ☐ **Zivilinvalide/Zivilinvalidin** im Sinne des Landesgesetzes Nr. 46* vom 21. August 1978
- ☐ **Zivilblinde/r** im Sinne des Landesgesetzes Nr. 46* vom 21. August 1978
- ☐ **Gehörlose/r** im Sinne des Landesgesetzes Nr. 46* vom 21. August 1978
Achtung: das Feld nur ankreuzen, wenn die Gehörlosigkeit seit der Geburt besteht oder vor dem 12. Lebensjahr aufgetreten ist, andernfalls das Feld Zivilinvalide/r ankreuzen.
- ☐ **Person mit Behinderung (auch Begünstigungen für die Arbeit)** im Sinne des Gesetzes Nr. 104* vom 5. Februar 1992

und ersucht gleichzeitig um Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die

- ☐ **Ausstellung des Parkausweises für Personen mit Behinderungen**
im Sinne des Gesetzesdekretes Nr. 5 vom 9. Februar 2012, umgewandelt mit Änderungen in Gesetz Nr. 35 vom 4. April 2012
NB: Der dokumentierte Zustand der Transportunfähigkeit berechtigt nicht zum Erhalt der Begünstigung.
- ☐ **steuerrechtlichen Begünstigungen der Fahrzeuge für Personen mit Behinderungen**
im Sinne des Gesetzesdekretes Nr. 5 vom 9. Februar 2012, umgewandelt mit Änderungen in Gesetz Nr. 35 vom 4. April 2012

- ☐ **gezielte Arbeitseingliederung**
im Sinne des Gesetzes Nr. 68* vom 12. März 1999

* und nachfolgende Änderungen und Ergänzungen

und erklärt

gemäß den Bestimmungen der Artikel 46 und 47 des Dekretes des Präsidenten der Republik Nr. 445 vom 28. Dezember 2000, indem er/sie die zutreffenden Kästchen ankreuzt und im Bewusstsein, dass er/sie im Falle von unwahren Erklärungen den vorgesehenen Strafmaßnahmen unterliegt, sowie der Anspruch auf die bereits genossenen Begünstigungen verfällt, so wie dies von den Bestimmungen der Artikel 75 und 76 obgenannten Dekretes vorgesehen ist:

dass die Beeinträchtigungen, für welche um Feststellung der Invalidität/Blindheit/Gehörlosigkeit angesucht wird, **nicht von einer Kriegs-, Arbeits- oder Dienstursache abhängen;**

- ☐ italienische/r Staatsbürger/in zu sein;
- ☐ EU-Bürger/in zu sein;
- ☐ ausländische/r Staatsbürger/in zu sein;
- ☐ folgenden meldeamtlichen Wohnsitz in der Provinz Bozen zu haben:

Gemeinde	PLZ
Str.	Nr.
Provinz	E-Mail/PEC

Nur ausfüllen, wenn anders als der Wohnsitz:

- ☐ vorübergehend ansässig in:

Gemeinde PLZ Str. Nr.
Provinz E-Mail/PEC

Wird um Feststellung der Invalidität und/oder Blindheit und/oder Gehörlosigkeit angesucht, besteht die Möglichkeit folgenden Punkt anzukreuzen:

- ☐ ersuche um Ausstellung des Ausweises für Personen mit Zivilinvalidität (über 45%)

- ☐ Er/sie delegiert das Patronat Sitz bei welchem er/sie (im Sinne des Art. 47 des Zivilgesetzbuches) das Domizil wählt, sich für dieses Ansuchen vertreten und beistehen zu lassen.

Der/die Unterfertigte erklärt zudem, das entsprechende Informationsschreiben über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten "Ansuchen um Feststellung der Zivilinvalidität und/oder der Behinderung und/oder der gezielten Arbeitseingliederung und/oder Blindheit und/oder Gehörlosigkeit" zur Kenntnis genommen zu haben.

Insbesondere erklärt er/sie darüber informiert zu sein, dass gemäß Gesetz Nr. 183 vom 4. November 2010, sowie Landesgesetz vom 21. August 1978, Nr. 46 bei Feststellung einer Behinderung die unbedingt erforderlichen Daten an die Agentur für soziale und wirtschaftliche Entwicklung der Provinz (ASWE), an das Arbeitsamt der Provinz und an die repräsentativen Patientenvereinigungen (Landesvertretungen) übermittelt werden.

....., den
(Ort und Datum) (Unterschrift)

Bei Abgabe des Gesuches beizufügende Dokumentation:

1. Ärztliches Zeugnis, nicht älter als sechs Monate im Original und jegliche andere nützliche Dokumentation für den Betreuten/die Betreute
2. Kopie eines gültigen Ausweisdokumentes des Antragstellers/der Antragstellerin.
3. Bei Ansuchen für „Person mit Behinderung“ im Sinne des Gesetzes Nr. 104/1992: ausgefüllter und unterschriebener Fragebogen „Persönliche Angaben für die Bewertung der Behinderung“

Bozen | G. Galilei Str. 10/G | invaliden.invalidi-bz@pec.sabes.it | Tel. 0471 439 280
Brixen | Dante-Str. 26/C | invaliden.invalidi-bx@pec.sabes.it | Tel. 0472 813 021
Bruneck | Graben-Str. 7 | invaliden.invalidi-bk@pec.sabes.it | Tel. 0474 586 580
Meran | Laurin-Str. 24 | invaliden.invalidi-me@pec.sabes.it | Tel. 0473 264 713
PEC rechtsmedizin.medicinalegale@pec.sabes.it
<http://www.sabes.it>
Firmenbezeichnung: Südtiroler Sanitätsbetrieb
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Bolzano | via G. Galilei, 10/G | invaliden.invalidi-bz@pec.sabes.it | Tel. 0471 439 280
Bressanone | via Dante, 26/C | invaliden.invalidi-bx@pec.sabes.it | Tel. 0472 813 021
Brunico | via Bastioni, 7 | invaliden.invalidi-bk@pec.sabes.it | Tel. 0474 586 580
Merano | via Laurin, 24 | invaliden.invalidi-me@pec.sabes.it | Tel. 0473 264 713
PEC rechtsmedizin.medicinalegale@pec.sabes.it
<http://www.sabes.it>
Regione soc.: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Cod.fisc./P.IVA 00773750211

Anlage (fakultativ auszufüllen)

Ausübung des Rechts auf Widerspruch gegen die Übermittlung des eigenen Namens und der Anschrift an die repräsentativen Patientenvereinigungen (Landesvertretungen)

Der/die Unterfertigte	
(Nachname)	(Vorname)
Geschlecht ☐ m ☐ w geb. am in Prov.	
Steuernummer Tel./Mobil	

widerspricht hiermit im Sinne von Art. 21, Abs. 1 der EU-Verordnung 2016/679 der Übermittlung seines Namens und seiner Anschrift im Zuge der Feststellung der Invalidität/Blindheit/Gehörlosigkeit an die repräsentativen Patientenvereinigungen (Landesvertretungen) gemäß Gesetz Nr. 183/2020 und Landesgesetz Nr. 46/1978.

HINWEIS: die Übermittlung der personenbezogenen Daten an die entsprechende Patientenvereinigung bedeutet KEINE Verpflichtung zur Einschreibung/Mitgliedschaft

....., den
(Ort und Datum) (Unterschrift)