

**Ansuchen um Anerkennung/Feststellung der Zivilinvalidität und/oder der Behinderung und/oder der gezielten Arbeitseingliederung und/oder Zivilblindheit und/oder Gehörlosigkeit**

Der/die Unterfertigte ..... (Nachname) ..... (Vorname)

Geschlecht  m  w geb. am ..... in ..... Prov. ....

Steuernummer ..... Tel./Mobil: .....

**e r s u c h t**

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
- Zivilblinder/Zivilblinde** im Sinne des Landesgesetzes Nr. 46\* vom 21. August 1978
- Gehörloser/Gehörlose** 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 eingetroffen ist, anderenfalls das Feld Zivilinvalide 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 Behinderte**  
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 schließt die Zuerkennung der Begünstigung aus.

**steuerrechtlichen Begünstigungen der Fahrzeuge behinderter Personen**  
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 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 76 und 75 obgenannten Dekretes vorgesehen ist:

dass die Behinderungen, für welche um Anerkennung der Invalidität/Blindheit/Gehörlosigkeit angesucht wird, **nicht als Kriegs-, Arbeits- oder Dienstinvalidität eingestuft sind;**

- italienischer Staatsbürger/italienische Staatsbürgerin zu sein;
- EU-Bürger/in zu sein;
- ausländischer Staatsbürger/ausländische Staatsbürgerin zu sein;
- folgenden meldeamtlicher Wohnsitz in der Provinz Bozen zu haben:

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

### Nur ausfüllen, wenn anders als Wohnsitz:

- zurzeit Domizil in:  
Gemeinde ..... PLZ ..... Str. .... Nr. ....  
Provinz ..... E-Mail/PEC .....

### Wird um Anerkennung 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 gegenüber dem Gesundheitsbezirk Brixen kostenlos vertreten und beistehen zu lassen.

Der/die Unterfertigte erklärt zudem, vom spezifischen Informationsschreiben zur Behandlung der personenbezogenen Daten "Ansuchen zur Feststellung der Zivilinvalidität und/oder der Behinderung und/oder der gezielten Arbeitseingliederung und/oder Blindheit und/oder Gehörlosigkeit" Kenntnis zu haben..

....., 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“

\*und weitere Änderungen und Ergänzungen

.....  
Dantestraße 26/C | 39042 Brixen  
Tel. 0472 813021 - Fax 0472 813029  
<http://www.sabes.it> | [inval.bx@sabes.it](mailto:inval.bx@sabes.it)  
[invaliden.invalidi-bx@pec.sabes.it](mailto:invaliden.invalidi-bx@pec.sabes.it)  
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen  
Steuernummer/MwSt.-Nr. 00773750211

.....  
via Dante 26/C | 39042 Bressanone  
Tel. 0472 813021 - Fax 0472 813029  
<http://www.sabes.it> | [inval.bx@sabes.it](mailto:inval.bx@sabes.it)  
[invaliden.invalidi-bx@pec.sabes.it](mailto:invaliden.invalidi-bx@pec.sabes.it)  
Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano  
Codice fiscale/P. IVA 00773750211