

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

Daten gesetzlicher Vertreter/gesetzliche Vertreterin:

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

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

wohnhaft in ..... Str. .... Nr. ....

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

**in der Eigenschaft als**

Elternteil  Vormund  Sachwalter/in  anderes .....

**ersucht, dass Herr/Frau/der/die Minderjährige**

Daten Patient/in (Begünstigte/r):

.....  
(Nachname) (Vorname)

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

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

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 Parkausweiseses 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**;

dass der Patient/die Patientin (Begünstigter/Begünstigte)

- italienischer Staatsbürger/italienische Staatsbürgerin ist;
- EU-Bürger/in ist;
- ausländischer Staatsbürger/ausländische Staatsbürgerin ist;
- folgenden meldeamtlichen Wohnsitz in der Provinz Bozen hat:

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 Bozen 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

<p>.....</p> <p>Amba Alagi Str. 33 - 39100 Bozen Tel. 0471 439280 - Fax 0471 439281 <a href="http://www.sabes.it">http://www.sabes.it</a>   <a href="mailto:inval.bz@sabes.it">inval.bz@sabes.it</a> <a href="mailto:invaliden.invalidi-bz@pec.sabes.it">invaliden.invalidi-bz@pec.sabes.it</a></p> <p>Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen Steuernummer/MwSt.-Nr. 00773750211</p>	<p>.....</p> <p>Via Amba Alagi 33 - 39100 Bolzano Tel. 0471 439280 - Fax 0471 439281 <a href="http://www.asdaa.it">http://www.asdaa.it</a>   <a href="mailto:inval.bz@sabes.it">inval.bz@sabes.it</a> <a href="mailto:invaliden.invalidi-bz@pec.sabes.it">invaliden.invalidi-bz@pec.sabes.it</a></p> <p>Ragione sociale: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano Codice fiscale/P. IVA 00773750211</p>
--	--