**Referat für Behindertenhilfe**
Schmiedgasse 26 | 8011 Graz
Tel.: +43 316 872-6432
Fax: +43 316 872-6409
E-Mail: behindertenhilfe@stadt.graz.at

# Restbetragsübermittlung

**gem. § 22a Persönl. Budget**

## 1. Angaben zur Person

Ich

Vorname _____ Nachname _____

Geb. Datum _____ GZ _____

bestätige hiermit den Bezug eines persönlichen Budgets

bestätige hiermit im Bezugszeitraum von _____ bis _____

ein persönliches Budget in Höhe von € _____ bezogen zu haben.

Nach Ende des Leistungszeitraumes ist mir

☐ kein Betrag verblieben

☐ ein Betrag von € _____ verblieben,

welchen ich an die hier angeführte Bankverbindung zurücküberweise.

## 2. Bankverbindung

| | |
|---|---|
| Empfänger | Stadt Graz Hauptkasse |
| IBAN: | AT30 1400 0001 1051 0560 |
| BIC: | BAWAATWW |
| Verwendungszweck: | A5-GZ |

## 3. Rechtlicher Hinweis:

Die Restbetragsbestätigung sowie der Restbetrag selbst sind dem Referat für Behindertenhilfe nach Ablauf des Leistungszeitraumes innerhalb von 14 Tagen zu übermitteln und der Betrag an das angeführte Konto mit ausgefülltem Verwendungszweck zu überweisen. Andernfalls wird der aushaftende Restbetrag per Mahnverfahren nach § 35 StBHG eingefordert.

(Datum) (Unterschrift)

Formular drucken Alle Eingaben löschen