

# Erholungsurlaube 2026

für Menschen  
mit Behinderungen



# Erholungsurlaube des Landes Salzburg 2026 für Menschen mit Behinderungen

Das Referat „Behinderung und Inklusion“ des Amtes der Salzburger Landesregierung bietet Erholungsurlaube für Menschen mit Behinderungen an. Erholungsbedürftige Kinder (mit Begleitperson/en) und Erwachsene mit Behinderungen haben die Gelegenheit, an einem Individualurlaub (7 Tage, Termin frei wählbar) oder an einem bestimmten Gruppenurlaub (12 Tage) in ausgewählten Gästehäusern im Pinzgau bzw. Pongau teilzunehmen. Die Organisation der Erholungsurlaube erfolgt über die Volkshilfe Salzburg.

## Kostenbeiträge

Für Menschen mit Behinderungen werden keine Kostenbeiträge berechnet. Sollte aus medizinischen Gründen hervorgehen, dass eine Begleitperson erforderlich ist, wird auch für diese kein Kostenbeitrag verrechnet. Zusätzlich mitreisende erwachsene Begleitpersonen müssen einen Kostenbeitrag leisten. Für begleitende Eltern und Geschwister von Kindern mit Behinderungen erfolgt keine Verrechnung.

## Teilnahmebedingungen

An dieser Erholungsaktion können alle Menschen mit Behinderungen teilnehmen, sofern sie nicht einer ständigen Pflege und Beaufsichtigung bedürfen (**außer mit Begleitung**).

Bevorzugt werden Menschen, die sich wirtschaftlich und sozial in einer besonders belastenden Lebenslage befinden, sowie Personen, die noch nie an der Erholungsaktion des Landes Salzburg teilgenommen haben.

Das Anmeldeformular und der Erhebungsbogen (Hausärztin/Hausarzt) sind unbedingt auszufüllen (vor allem ist auch die Medikation der Teilnehmer\*innen bzw. allenfalls deren Begleitperson anzugeben).

Nach Einsendung der Anmeldung bzw. nach Ablauf der Anmeldefrist erhalten die Antragsteller\*innen eine Zu- bzw. Absage schriftlich zugesandt.

## Antragsformulare sind erhältlich:

1. Bei der Volkshilfe Salzburg, beim zuständigen Sozialamt, Jugend- bzw. Gesundheitsamt und Gemeindeamt.
2. In der Abteilung 3, im Amt der Salzburger Landesregierung Fanny-von-Lehnert-Straße 1 Postfach 527, 5010 Salzburg Tel.: 0662 8042-3554

## Individualurlaub

(= 7 durchgehende Tage zwischen Mai und Oktober 2026)

### Achtung:

**Hin- bzw. Rückreise ist selbst zu organisieren und zu finanzieren!**

Gasthof Bad HOCHMOOS  
Familie Schlechter  
St. Martin bei Lofer/Pinzgau  
[www.hochmoos.at](http://www.hochmoos.at)

### Die Unterbringung:

Der Gasthof Hochmoos liegt ca. 2,5 km abseits des Ortskernes von St. Martin bei Lofer in idyllischer und ruhiger Lage. Das Haus ist rollstuhlgerecht eingerichtet, verfügt über Lift und Hallenbad. Alle Zimmer sind mit Dusche/WC und Balkon ausgestattet. Die Urlaubstermine können für den Zeitraum von Mai bis Oktober mit der Familie Schlechter individuell besprochen und festgelegt werden.

### An/Abreise:

Buslinie 260, Salzburg - Lofer, Abholung von der Bushaltestelle in Lofer nach telefonischer Absprache mit dem Hotel möglich.

## Anmeldung und Organisation:

Volkshilfe Salzburg  
Innsbrucker Bundesstraße 37  
5020 Salzburg

### Ansprechpartner:

Robert Totter  
Telefon: 0662 423939-16  
[erholungsurlaube@volkshilfe-salzburg.at](mailto:erholungsurlaube@volkshilfe-salzburg.at)

[www.volkshilfe-salzburg.at](http://www.volkshilfe-salzburg.at)

## Gruppenurlaube

im „Simonyhof“ in Radstadt (Urlaub mit Begleitperson/en)

### Achtung:

**Hin- bzw. Rückreise erfolgt mit einem organisierten Reisebus bzw. kann auch selbst erfolgen!**

## Urlaub I

Kinder u. Jugendliche (Familie) und junge Erwachsene mit Behinderungen und deren Begleitperson/en

### Termin:

24.08.2026 bis 04.09.2026  
(11 Nächte)

## Urlaub II

für Erwachsene mit Behinderungen mit/ohne Begleitperson

### Termin:

14.09.2026 bis 25.09.2026  
(11 Nächte)

### Die Unterbringung:

Nur 20 Gehminuten vom Ortszentrum entfernt liegt inmitten grüner Wiesen das Jugendhotel Simonyhof in Radstadt. Abseits vom Straßenverkehr kann das Jugendhotel mit einem umfangreichen Indoor- und Outdoorangebot überzeugen. Eine eigene Sporthalle, 2 Multimedia-Räume, Disco und Chillout-Lounge sind ebenso vorhanden wie ein Fun-Court und ein Beachvolleyballplatz.

Die zentrale Lage des Jugendhotels „Simonyhof“ ist bestens für Ausflüge ins Salzburger Land geeignet. Die ganzjährig geöffnete Therme Amadé liegt nur 5 Min. entfernt.

Alle Zimmer sind mit Dusche und WC und teilweise mit Balkon ausgestattet.

Die Gruppenurlaube werden von Freizeitbetreuer\*innen begleitet. Eine erziehungsberechtigte Person ist beim Kinderurlaub jedoch unbedingt erforderlich.

**Für alle Urlaube endet die Anmeldefrist am 20. März 2026!**



# Antrag auf Erholungsurlaub für Menschen mit Behinderungen

2026

Angaben Antragsteller\*in:

☒ Zutreffendes bitte ankreuzen!

Familienname, Vorname	Versicherungsnummer / Geburtsdatum _____ - ____ . ____ . ____	Staatsbürgerschaft
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> diverse	Grad der Behinderung gem. Behindertenpass
Wohnanschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	Telefon	Pflegegeldstufe
Beruf	Haushaltseinkommen netto/Monat	
Erwachsenenvertretung (Familienname, Vorname)	E-Mail	
Wohnanschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	Telefon	
	E-Mail	

<input type="checkbox"/> Ich beantrage einen <b>Individualurlaub</b> (mit Selbstanreise) im Gasthof Bad Hochmoos, St. Martin b. Lofer	Terminwunsch/Ersatzterminwunsch _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

<input type="checkbox"/> Ich beantrage einen <b>Gruppenurlaub</b> <input type="checkbox"/> <b>Urlaub I: Familien mit Kindern u. junge Erwachsene</b> 24.08.2026 - 04.09.2026 (Simonyhof in Radstadt) <input type="checkbox"/> <b>Urlaub II: Erwachsene</b> 14.09.2026 - 25.09.2026 (Simonyhof in Radstadt)	<b>Gewünschte An-/Rückreise:</b> <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> mit Reisebus/Taxidienst - Einsteigewunsch in _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Begleitperson/en:

Familienname, Vorname	Versicherungsnummer / Geburtsdatum _____ - ____ . ____ . ____	Verhältnis zu Antragsteller*in
Wohnanschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	Erreichbarkeit per Telefon, Handy, E-Mail	
Familienname, Vorname	Versicherungsnummer / Geburtsdatum _____ - ____ . ____ . ____	Verhältnis zu Antragsteller*in
Familienname, Vorname	Versicherungsnummer / Geburtsdatum _____ - ____ . ____ . ____	Verhältnis zu Antragsteller*in

Familienname, Vorname	Versicherungsnummer / Geburtsdatum _____ - ____ . ____ . ____	Staatsbürgerschaft
Wohnanschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	Erreichbarkeit per Telefon, Handy, E-Mail	
Verhältnis zu Antragsteller*in		
Bei Erwachsenenvertretung: Familienname, Vorname, Telefonnummer		

Jahr/Ort
Jahr/Ort

Datenschutzbeauftragter  
Volkshilfe Salzburg DienstleistungsGmbH  
z.H. Datenschutzbeauftragter  
Innsbrucker Bundesstraße 37, 5020 Salzburg  
datenschutz@volkshilfe-salzburg.at

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Verarbeitung der von Ihnen bekanntgegebenen Daten zu.  
Bitte haben Sie Verständnis, dass wir ohne Angaben von Daten sowie ohne Ihrer Unterschrift den Antrag nicht bearbeiten können.

Unterschrift Antragsteller\*in/Erwachsenenvertretung



## Erhebungsbogen Erholungsurlaube für Menschen mit Behinderungen

(auszufüllen von der Hausärztin/dem Hausarzt)

Behinderung  
Inklusion

# 2026

Angaben Antragsteller\*in:

☒ Bitte zutreffendes ankreuzen!

Name, Vorname	Geburtsdatum
Adresse	Postleitzahl, Ort

1.) Welche Behinderung(en) liegt/liegen vor:

- ☐ Körperliche Behinderung(en)
- ☐ Kognitive Behinderung(en)
- ☐ Sinnesbehinderung(en)
- ☐ Psychische Behinderung(en)

2.) Die Beeinträchtigung(en) dauert/dauern mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate:

☐ ja ☐ nein

3.)

Diagnose:

Allgemeiner Gesundheitszustand:

4.) Rollstuhl:

☐ ja ☐ nein

Elektrischer Rollstuhl:

☐ ja ☐ nein

5.) Medikamente:

Einnahme selbständig:

☐ ja ☐ nein

**Bitte wenden!**

[www.salzburg.gv.at](http://www.salzburg.gv.at)

Amt der Salzburger Landesregierung | Abteilung 3 - Soziales  
Postfach 527 | 5010 Salzburg | Österreich | Telefon +43 662 8042 0\* | [post@salzburg.gv.at](mailto:post@salzburg.gv.at) | DVR 0078182

## 6.) Allergien:

☐ Inhalationsallergie (über das Einatmen, z. B. Pollen, Hausstaubmilben, Schimmelpilze, Tierhaare)

Info: \_\_\_\_\_

☐ Ingestionsallergie (über den Mund, z.B. tierische Eiweiße in Eier oder Milch; Soja, Nüsse, Zitrusfrüchte, Gewürze)

Info: \_\_\_\_\_

☐ Injektionsallergie (durch Einspritzen, z. B. Insektengifte von Wespen oder Bienen)

Info: \_\_\_\_\_

☐ Kontaktallergie (über die Haut, z. B. Tierhaare, Metalle wie Nickel, Latex)

Info: \_\_\_\_\_

Medikation erforderlich:

☐ ja

☐ nein

## 7.) Diät:

## 8.) Impfstatus (Tetanus, FSME, ...)

## 9.) Pflegebedürftigkeit:

<p>Pflegebedürftig:</p> <p><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Pflegeperson erforderlich:</p> <p><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Personenbezogene Hilfe erforderlich (bitte ankreuzen):</p> <p><input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Körperpflege</p> <p><input type="checkbox"/> An- und Auskleiden</p> <p><input type="checkbox"/> Begleitung zur Toilette</p> <p><input type="checkbox"/> Hilfestellung für Inkontinenz</p> <p><input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Einhaltung pflegerischer Anordnungen (Medikamente)</p>	
<p>Begleitperson erforderlich:</p> <p>Info: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Leidet die Patientin/ der Patient an übertragbaren Krankheiten?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein</p>

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Hausärztin/des Hausarztes