

Ansuchen um eine Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds

Eingangsstempel _____

1) Name des(r) Versicherten: _____ Vers.-Nr.: _____

Adresse: _____

Personenstand: _____

Dienstgeber: _____ Anzahl der mitversicherten Kinder: _____

2) Falls das Ansuchen nicht für die (den) Versicherte(n) selbst, sondern für Angehörige (§ 123 ASVG) gestellt wird:

Name des(r) Angehörigen: _____ Vers.-Nr.: _____

Adresse: _____

Verwandtschaftsverhältnis zum(r) Versicherten: _____

3) Für welche Aufwendungen wird die Zuwendung beantragt: (Saldierte Rechnungen sind beizulegen)

Rechnung vom _____ Aussteller: _____ Betrag: EUR _____

Rechnung vom _____ Aussteller: _____ Betrag: EUR _____

Rechnung vom _____ Aussteller: _____ Betrag: EUR _____

Rechnung vom _____ Aussteller: _____ Betrag: EUR _____

Summe der Beträge: EUR _____

davon von der Kasse bereits bezahlter Betrag: EUR _____

ungedeckter Rechnungsbetrag: EUR _____

4) Zuschüsse Dritter: (Bestätigungen sind beizulegen)

Haben Sie eine private Krankenversicherung abgeschlossen? Wenn ja, bei welcher Anstalt: _____

_____. Welche Leistungen erhielten Sie von dieser Anstalt: EUR _____.

Haben Sie von einer anderen Stelle einen Zuschuss erhalten oder beantragt (ÖGB, private Fürsorge, Landesregierung usw.)?

Wenn ja, in welcher Höhe? EUR _____.

5) Angaben über Vermögens- und Einkommensverhältnisse:Einkommen des(r) Versicherten vor Stellung des Ansuchens (**brutto**): EUR _____

Einkommen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen und der mitversicherten Kinder (Bitte einzeln anführen und

Bestätigungen beilegen): _____

Grundbesitz des(r) Versicherten oder der Angehörigen: Einheitswert: EUR _____

Sonstiges Vermögen des(r) Versicherten oder der Angehörigen: EUR _____

Meine Bankverbindung lautet: Geldinstitut: _____ Kontonummer: _____**Telefonnummer** (tagsüber erreichbar): _____

Ich bestätige, alle Angaben vollständig und richtig gemacht zu haben. Mir ist bewusst, dass ich im Falle unrichtiger oder unvollständiger Angaben zur Rückzahlung der gewährten Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds verpflichtet bin und dass vorsätzlich unrichtige Angaben strafrechtliche Folgen haben können.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

WIRD VON DER KASSE AUSGEFÜLLT

Grundbesitz: Ja Nein

Derzeit versichert: Ja Nein

In den letzten 2 Jahren aus dem Unterstützungsfonds gewährte Zuwendungen: _____

Ungedeckter Rechnungsbetrag (3) EUR _____

Zuschüsse Dritter (4) EUR _____

Differenz EUR _____

Einkommen des/der Versicherten (5) EUR _____

Einkommen des/der Angehörigen (5) EUR _____

abzüglich (Angehörige) EUR _____

Restbetrag EUR _____

Bemerkungen zur wirtschaftlichen Situation des/der Antragstellers(in) (5):

Datum

Unterschrift des Sachbearbeiters
(Namensstempel)

BESCHLUSS DES LEISTUNGS-AUSSCHUSSES

Aus dem Unterstützungsfonds sind anzuweisen. EUR _____

Datum

Unterschrift