

A n s u c h e n
um Gewährung einer Beihilfe aus dem Unterstützungsfonds

Versicherte/r: (Unterstützungswerber/in)		VSNR:	
Angehörige/r: Verwandtschaftsverhältnis:		VSNR:	
Beruf	Anschrift		Telefon
Dienstgeber, bei Pens. PV-Träger	vom	bis	Anmerkungen
Personenstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden
	<input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft	
Zutreffendes bitte ankreuzen			
Angaben zum <u>Netto(Familien)einkommen</u> im letzten Monat vor der Antragstellung			
Einkommen Unterstützungswerber/in	EUR	_____	
Pension	EUR	_____	
Einkommen im gemeinsamen Haushalt (Ehepartner/in, Lebensgefährte/Lebensgefährtin, eingetragene/r Partner/in)	EUR	_____	
Pflegegeld		EUR	_____
Bezüge aus der Sozialversicherung (Krankengeld, Wochengeld Kinderbetreuungsgeld etc.)	EUR	_____	
Bezüge aus der Arbeitslosenversicherung (Arbeitslosengeld, Notstandshilfe etc.)	EUR	_____	
Rentenbezug aus der Unfallversicherung	EUR	_____	
Rentenbezug nach dem Kriegsoffer- oder Heeresversorgungs- gesetz, Opferfürsorgegesetz u. dgl.	EUR	_____	
Firmenpension oder Leibrente	EUR	_____	
Alimente, Unterhalts- oder Sozialhilfeleistung	EUR	_____	
sonstige Einkommen (Vermietung, Landwirtschaft, Firmen- beteiligung, Zinseinnahme, Wertpapiere etc.)	EUR	_____	
sonstige Vermögenswerte	EUR	_____	
Bitte Bezugsbestätigung [Kopien d. Gehalts(Lohn)streifen, Pensionsbescheid, Einheitswert-, Einkommenssteuerbescheid, Alimente etc.] beilegen!			
<u>Folgende Angehörige werden zur Gänze aus dem (Familien)Einkommen erhalten:</u>			
Name, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis: _____			

Bitte wenden!

	ja	nein
Besteht bei Ihrer Firma ein Fonds für diverse Notfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine private Krankenversicherung? Wenn ja, wie hoch ist der aus diesem Anlass geleistete Zuschuss? EUR _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde auf Grund des Anlasses für dieses Ansuchen bereits eine Leistung von einer anderen Stelle (Sozialamt, PV-Träger, Bundessozialamt usw.) gewährt? Wenn ja, in welcher Höhe? EUR _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde auch bei einer anderen Institution wegen einer Beihilfe angesucht? Wenn ja, bei welcher? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bereits eine Beihilfe gewährt? Höhe EUR _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden die aufgelaufenen Kosten von Ihnen bereits bezahlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte die saldierte(n) Originalrechnung(en) beischließen!		
<u>Begründung des Ansuchens:</u>		
Ich nehme zur Kenntnis, dass auf die Gewährung von Unterstützungen kein Rechtsanspruch besteht und auf Grund unrichtiger oder unvollständiger Angaben bewilligte Beihilfen von der Kasse zurückgefordert bzw. widerrufen werden. _____	Anzuweisen an _____	
	IBAN _____	
	BIC _____	
	Geldinstitut _____	
Datum und Unterschrift Unterstützungswerber/in	Datum	Für die Kasse Stempel und Unterschrift