Formular drucken | Lokales Speichern | Formular zurücksetzen

Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Josef-Pongratz-Platz 1, Postfach 900, A-8011 Graz, Tel. 0316-8035-0, www.stgkk.at

Antrag auf eine freiwillige Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds

Familien-/Nachname *der/des Versicherten*	**Vorname(n)**	**Versicherungsnummer/Geburtsdatum**

Anschrift *(PLZ/Ort/Straße/Hausnummer*	**Beruf/Tätigkeit**
	Telefonnummer *(für eventuelle Rückfragen)*

Familien-/Personenstand *Zutreffendes ankreuzen!* ☒

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verheiratet, jedoch getrennt lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ Lebensgemeinschaft
☐ eingetragene Partnerschaft ☐ aufgelöste eingetragene Partnerschaft ☐ eingetragene Partnerschaft, jedoch getrennt lebend
☐ hinterbliebener eingetragener Partner

Familien-/Nach- und Vorname(n) der/des Angehörigen, für die/den die Zuwendung beantragt wird		**Versicherungsnummer/Geburtsdatum**

Begründung des Antrages:

Ich beantrage eine Zuwendung zu den Kosten für

laut beigelegter Unterlagen (Kostenvoranschlag, Rechnung sowie Zahlungsbestätigung in Kopie!) über EUR

Unvollständige Angaben sowie fehlende Unterlagen/Nachweise verzögern die Bearbeitung und führen zu Rückfragen bzw. zur Retournierung Ihres Antrages.

1. Erhalten Sie eine Beihilfe zum Lebensunterhalt bzw. eine Zuzahlung zur beantragten Leistung? *Zutreffendes ankreuzen!* ☒

☐ ja	☐ nein	Bezug von Leistungen nach dem Sozialhilfe- oder Behindertengesetz	EUR
☐ ja	☐ nein	Bezug von Mindestsicherung	EUR
☐ ja	☐ nein	Grundversorgung für Asylberechtigte	EUR
☐ ja	☐ nein	Zuzahlung durch Kindesvater/-mutter zur beantragten Leistung	EUR

2. Angaben zum MONATLICHEN NETTOEINKOMMEN der/des Versicherten *Zutreffendes ankreuzen!* ☒
Sämtliche Einkommensnachweise (Kopien) beilegen! Detaillierte Angaben siehe Informationsblatt/Ausfüllhilfe!

☐	Lohn/Gehalt	EUR
☐	Pension/Rente	EUR
☐	Sonstige Bezüge: ☐ Unfallrente ☐ Einkommen/Pension aus dem Ausland ☐ Dienstgeberpension ☐ andere	EUR
☐	Bezug einer Leistung aus der Arbeitslosenversicherung (zB. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss...)	EUR
☐	Bezug von ☐ Krankengeld, Wochengeld ☐ Kinderbetreuungsgeld	EUR
☐	Einkommen aus (gewerblich) selbstständiger Tätigkeit *(Die monatlichen Einkünfte (netto) sind schriftlich von der/vom Selbständigen bzw. SteuerberaterIn zu bestätigen)*	EUR
☐	Land- und/oder forstwirtschaftlicher Besitz *(Einheitswertbescheid, Pachtvertrag)* ☐ Selbstbewirtschaftung ☐ Zu- und/oder Verpachtung	EUR
☐	Pflegegeld (Stufe)	EUR
☐	Einnahmen aus Vermietung *(Mietvertrag)*	EUR
☐	Bezug von Stipendium/Studienbeihilfe	EUR

2.1. Angaben zum MONATLICHEN Bezug von Alimenten und/oder Unterhaltsleistungen *Zutreffendes ankreuzen!* ☒

☐ ja	☐ nein	Alimente für *(Anzahl)* Kind(er) gesamt	EUR
☐ ja	☐ nein	Unterhaltsleistung bei aufrechter bzw. geschiedener Ehe/eingetragener bzw. aufgelöster Partnerschaft *(Nachweis über den monatlichen Unterhaltsbezug)*	EUR

3. Leben im gemeinsamen Haushalt noch weitere Personen? ☐ ja ☐ nein *Zutreffendes ankreuzen!* ☒

Angaben über **ALLE Personen** im gemeinsamen Haushalt ergänzen und **sämtliche Einkommensnachweise** (***Kopien***) **ALLER** in der Hausgemeinschaft lebenden **Personen** beilegen.

ANMERKUNG: **Alle Einkommensnachweise müssen ausnahmslos vom gleichen Monat sein!**

Familien-/Nachname u. Vorname(n) (in BLOCKSCHRIFT)	Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Versicherten	Beruf/Tätigkeit	**VSNr./Geburtsdatum**	monatliches Nettoeinkommen in EURO

4. Wohnverhältnisse der/des Antragsteller(s)in *Zutreffendes ankreuzen!* ☒

☐ Eigenheim ☐ Eigentumswohnung ☐ Mietwohnung

☐ Wohnrecht im gemeinsamen Haushalt ☐ Wohnrecht im getrennten Haushalt

☐ Pflege-/Alters- oder Wohnheim *(Name, Anschrift, Tel. Nr.)*:

☐ ja ☐ nein Zuschuss nach dem Sozialhilfe- oder Behindertengesetz zum Pflege-/Altersheim oder Heimaufenthalt?

5. Außerordentliche Zahlungsverpflichtungen? *Zutreffendes ankreuzen!* ☒

☐ ja ☐ nein Alimente *(Zahlungsnachweis in Kopie beilegen!)* EUR

☐ ja ☐ nein Unterhalt *(Zahlungsnachweis in Kopie beilegen!)* EUR

6. Haben Sie bei anderen Institutionen bereits eine Unterstützung beantragt? *Zutreffendes ankreuzen!* ☒
(zB. Behindertenreferat, Bundessozialamt, Pensionsversicherungsanstalt, Dienstgeber, Privatversicherung…)

☐ ja ☐ nein Wo?

Wurde in nachstehender Höhe bewilligt *(Nachweis(e) in Kopie beilegen!)* EUR

Unvollständige Angaben sowie fehlende Unterlagen/Nachweise verzögern die Bearbeitung und führen zu Rückfragen bzw. zur Retournierung Ihres Antrages.

Ich nehme zur Kenntnis, dass auf Zuerkennung einer Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds KEIN RECHTSANSPRUCH besteht!

Die Bearbeitung ist nur aufgrund richtiger und vollständiger Angaben möglich. Bei bewusst unwahren Angaben wird der Antrag abgelehnt bzw. müssen bereits bewilligte Zuwendungen widerrufen oder rückgefordert werden.

Wir behalten uns vor, Ihre Angaben durch Erhebungsbedienstete der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse zu überprüfen.

Unterschrift der/des Versicherten

Datum

Meine BANKVERBINDUNG

IBAN:

BIC/Swift Code:

Geldinstitut: