



## Antrag auf eine freiwillige Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds

<b>Familien-/Nachname</b> <i>der/des Versicherten</i>	<b>Vorname(n)</b>	<b>Versicherungsnummer/Geburtsdatum</b> <input type="text"/>
<b>Anschrift</b> <i>(PLZ/Ort/Straße/Hausnummer)</i>		<b>Beruf/Tätigkeit</b>
		<b>Telefonnummer</b> <i>(für eventuelle Rückfragen)</i>

**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    Kranken-/Wochen-/ oder Rehabilitationsgeld    Kinderbetreuungsgeld   EUR \_\_\_\_\_  
 Einkommen aus (gewerblich) selbstständiger Tätigkeit *(Die monatlichen Einkünfte (netto) sind aus dem letzten Einkommenssteuerbescheid zu ermitteln oder aktuell von der/vom 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 zum/zur Versicherten bzw. Lebensgefährten/in und/oder Mitbewohner/in	Beruf/Tätigkeit	VSNR/Geburtsdatum		monatliches Nettoeinkommen und/oder Pflegegeld 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.): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**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, Sozialministeriumservice, 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: _____
--	---------------------