



## Informationsblatt und Ausfüllhilfe für AntragstellerInnen

### Freiwillige Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds

In „besonderen Notfällen“ unterstützen wir Sie auch über unsere gesetzlichen Verpflichtungen hinaus. Unter Berücksichtigung Ihrer Familien-, Partnerschafts- und Einkommensverhältnisse helfen wir zum Beispiel durch Zuwendungen zum Zahnersatz, zur Kieferregulierung oder zu Heilbehelfen und Hilfsmitteln (Verordnung und ärztlicher Befund für Heilbehelfe und Hilfsmittel).

Die Entscheidung über derartige Anträge erfolgt durch den Leistungsausschuss.

Bei Bezug von Sozialhilfe und/oder Mindestsicherung ist ein Antrag bei Ihrem Sozialhilfeträger bzw. bei Asylberechtigten und Flüchtlingen beim Landesflüchtlingsbüro zu stellen, weil die Steiermärkische Gebietskrankenkasse für solche Anträge nicht zuständig ist.

**Um eine rasche Bearbeitung gewährleisten zu können, ersuchen wir Sie das Antragsformular vollständig auszufüllen und alle benötigten Unterlagen und Nachweise in KOPIE beizulegen. Jede Unvollständigkeit Ihrer Angaben verzögert die Bearbeitung und führt zu Rückfragen bzw. zur Retournierung des Antrages.**

**Wir bitten Sie folgende Erläuterungen zum Antrag zu beachten:**

**Daten der/des Antragsteller(s)in bzw. der/des Angehörigen, für die/den die Zuwendung beantragt wird**

Füllen Sie den Antrag leserlich aus und kreuzen Sie Zutreffendes an.

<b>Familien-/Nachname</b> <small>der/des Versicherten</small>	<b>Vorname(n)</b>	<b>Versicherungsnummer/Geburtsdatum</b>
<b>Anschrift</b> <small>(PLZ/Ort/Straße/Hausnummer)</small>		<b>Beruf/Tätigkeit</b>
<b>Familien-/Personenstand</b> <small>Zutreffendes ankreuzen!</small> <input checked="" type="checkbox"/>		<b>Telefonnummer</b> <small>(für eventuelle Rückfragen)</small>
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verheiratet, jedoch getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft, jedoch getrennt lebend <input type="checkbox"/> hinterbliebener eingetragener Partner		
<b>Familien-/Nach- und Vorname(n) der/des Angehörigen, für die/den beantragt wird</b>		<b>...ner/Geburtsdatum</b>
Begründung des Antrages: _____		
Ich beantrage eine Zuwendung zu den Kosten für _____		
laut beigelegter Unterlagen (Kostenvoranschlag, Rechnung sowie Zahlungsbestätigung in Kopie!) über EUR _____		

Daten AntragstellerIn = Versicherte(r)

LeistungsbezieherIn = mitversicherte(r) Angehörige(r)

Ist die/der Angehörige selbst versichert (z.B. aufgrund des Bezuges einer Waisenpension, Lehrling ...), so ist diese(r) als Antragsteller(in) einzutragen.

Die Entscheidung über eine Zuwendung kann nur unter Vorlage des Kostenvoranschlages oder der Rechnung (Kopie) erfolgen.

Begründen Sie Ihren Antrag und geben Sie bekannt, wofür Sie eine Zuwendung beantragen sowie die Höhe der Kosten.

**1. Erhalten Sie eine Beihilfe zum Lebensunterhalt bzw. eine Zuzahlung zur beantragten Leistung?**

Beantworten Sie jede Frage unter Punkt 1. und ergänzen Sie ggf. den Betrag der erhaltenen Beihilfe oder Zuzahlung.

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

ja  nein Bezug von Leistungen nach dem Sozialhilfe- oder Behinderteneinkommensteuergesetz EUR \_\_\_\_\_

ja  nein Bezug von Mindestsicherung EUR \_\_\_\_\_

ja  nein Grundversicherung für syberrechtliche EUR \_\_\_\_\_

ja  nein Zuzahlung durch Großeltern/-mutter zur beantragten Leistung EUR \_\_\_\_\_

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

**2. und 2.1. Angaben zum MONATLICHEN NETTOEINKOMMEN der/des Versicherten bzw. MONATLICHEN Bezug von Alimenten und/oder Unterhaltsleistungen**

Diese Angaben beziehen sich grundsätzlich auf die/den Versicherte(n) und bilden die Ausgangsbasis für die Berechnung. Zutreffendes ist anzukreuzen und ggf. mit dem entsprechenden Betrag zu ergänzen.

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   Dienstgeberpension  andere EUR \_\_\_\_\_

Bezug einer Leistung aus der Arbeitslosenversicherung (zB. Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld, Leistungsbezug, Pensionsvorsorge...) EUR \_\_\_\_\_

Bezug von  Krankengeld  Rehabilitationsgeld  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 Ehe/eingetragener bzw. Partner (Unterhaltsbezug) EUR \_\_\_\_\_

Als Bestätigung über die monatlichen Netto-Einkünfte aus der (gewerblich) selbstständigen Tätigkeit gilt grundsätzlich der letzte Einkommenssteuerbescheid oder ein aktueller Nachweis durch die/den SteuerberaterIn.

Bitte beantworten Sie die Fragen zu Punkt 2.1. in jedem Fall und ergänzen ggf. den Betrag!

**Sämtliche Einkommensnachweise** (wie z.B. Lohn-/ Gehaltsbestätigung, Pensionsnachweis, Nachweis/ Kontoauszug über den monatlichen Unterhaltsbezug, Bestätigung über den monatlichen Nettoverdienst bei Einkommen aus (gewerblich) selbstständiger Tätigkeit, Einheitswertbescheid, Pacht-/Mietvertrag usw.) sind beizulegen und müssen vom gleichen Monat sein.

➔ **Anmerkung:** Nachweise wie Jahreslohnzettel, Brutto-Bezugsbestätigung, Beitragsgrundlagennachweis können NICHT anerkannt werden, weil das benötigte Nettoeinkommen des entsprechenden Monats mit diesen Nachweisen nicht ermittelt werden kann.

Für den Nachweis des monatlichen Nettoeinkommens sind folgende Kriterien **zum Zeitpunkt der Antragstellung entscheidend und unbedingt zu beachten:**

- Haben Sie die Leistung erhalten und diese bezahlt oder eine Teilzahlung geleistet, so benötigen wir den **Vormonat der letzten Teilzahlung bzw. Zahlung.**
- Haben Sie bereits eine Rechnung erhalten, jedoch noch keine Zahlung geleistet, so benötigen wir den **Vormonat der Rechnungslegung.**
- Haben Sie nur einen Kostenvoranschlag erhalten, so benötigen wir den **Vormonat der Ausstellung des Kostenvoranschlages.**

**3. Leben im gemeinsamen Haushalt noch weitere Personen?**

Bitte beantworten Sie die Frage zu Punkt 3. in jedem Fall und ergänzen ggf. die Angaben über **ALLE im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen** - auch jene(n) Angehörige(n), welche(n) Sie eventuell bereits in der Rubrik Daten des Leistungsbeziehers „.....der/des Angehörigen, für die/den die Zuwendung beantragt wird“ angeführt haben!.

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
Muster				

Wir benötigen **sämtliche Einkommensnachweise aller Personen.** Beachten Sie aber, dass diese **vom gleichen Monat** wie jener der/des Versicherten (wie unter Punkt 2. festgelegt) sind.

**4. Wohnverhältnisse der/des Antragsteller(s)in**

Für die Bearbeitung Ihres Antrages sind auch die Angaben über die Wohnverhältnisse der/des Antragsteller(s)in maßgebend.

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

Eigenheim  Eigentumswohnung  Wohnung

Wohnrecht im gemeinsamen Haushalt  Wohnrecht im getrennten Haushalt

Pflege-/Alters- oder Wohnheim (Name, Anschrift, Tel. Nr.): \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie Name, Anschrift und Tel. Nr. des Pflege-/ Alters- oder Wohnheimes bekannt.

**5. Außerordentliche Zahlungsverpflichtungen?**

Die Zahlungsverpflichtung von Alimenten und/oder Unterhalt reduziert Ihr anrechenbares Monatseinkommen. Dazu benötigen wir jedoch einen Zahlungsnachweis (z.B. Kontoauszug) vom gleichen Monat wie unter Punkt 2. festgelegt.

5. Außerordentliche Zahlungsverpflichtungen? Zutreffendes ankreuzen!

ja  nein Alimente (Zahlungsnachweis in Kopie beilegen!) EUR \_\_\_\_\_

ja  nein Unterhalt (Zahlungsnachweis in Kopie beilegen!) EUR \_\_\_\_\_

Beantworten Sie die Fragen zu Punkt 5. in jedem Fall und ergänzen Sie ggf. den Betrag!

**6. Haben Sie bei anderen Institutionen bereits eine Unterstützung beantragt?**

Führen Sie jene Institution an, bei der Sie bereits eine Unterstützung beantragt haben (*auch, wenn Sie von dieser noch keine Rückmeldung erhalten haben*) und ergänzen den bewilligten bzw. erhaltenen Gesamtbetrag. Legen Sie Nachweise wie z.B. Bescheide in Kopie bei.

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 \_\_\_\_\_

Beantworten Sie die Frage zu Punkt 6. in jedem Fall und ergänzen ggf. den Betrag.

**Unterschrift und Bankverbindung**

Bitte geben Sie Ihre Bankverbindung bekannt, damit die bewilligte Unterstützung angewiesen werden kann. Sollten Sie kein Bankkonto haben, ist mit dem Vermerk „Postanweisung“ auch eine Zustellung mittels Post möglich.

**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.

Nur ein von der/vom Versicherten unterfertigter Antrag kann bearbeitet werden. In bestimmten Fällen kann der Antrag auch von der/vom gesetzlichen VertreterIn oder von der/vom SachwalterIn unterzeichnet werden.

Wir behalten uns vor, Ihre Angaben durch Erläuterung der Sachverhalte zu überprüfen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Datum

Meine BANKVERBINDUNG

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC/Swift Code: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Über die Entscheidung Ihres Antrages werden Sie schriftlich verständigt.

**Die Anweisung einer bewilligten Zuwendung kann erst nach Vorlage der Rechnung und Zahlungsbestätigung (in Kopie) erfolgen!**

**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.**

Ihre Steiermärkische Gebietskrankenkasse