

Kundenservice

Josef-Pongratz-Platz 1

8010 Graz

Tel.: +43 5 0766-151191 Fax: +43 5 0766-15661191

E-Mail: ufonds-15@oegk.at

www.gesundheitskasse.at


**Österreichische
Gesundheitskasse**

Antrag um Gewährung eines Zuschusses aus dem Unterstützungsfonds

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers	
Vor- und Familienname: (Versicherte/r)	Vers.-Nr.:
Vor- und Familienname: (Angehörige/r - nur anzugeben, wenn der Zuschuss für diese/n beantragt wird)	Vers.-Nr.:
Adresse:	
Telefon:	E-Mail:
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> verheiratet, jedoch getrennt lebend	
Grad der Behinderung in %:	Pflegegeld-Stufe:
2. Begründung des Ansuchens (<i>Kostenvoranschläge</i> bzw. <i>Rechnungen</i> in Kopie beilegen)	
3. Einkommenssituation, netto, im letzten Monat vor der Antragstellung (bitte Zutreffendes ankreuzen und <i>Nachweise</i> in Kopie beilegen)	
<input type="checkbox"/> Lohn bzw. Gehalt des Antragstellers/der Antragstellerin	€
<input type="checkbox"/> Pension	€
<input type="checkbox"/> AMS-Bezug (Arbeitslosengeld, Notstandshilfe).....	€
<input type="checkbox"/> Mindestsicherung (aktuellen Bescheid beilegen)	€
<input type="checkbox"/> Einkommen aus selbständiger Tätigkeit (Einkommensteuerbescheid aus dem Vorjahr)	€
<input type="checkbox"/> Einkommen aus der Land- und Forstwirtschaft (aktuellen Einheitswertbescheid)	€
<input type="checkbox"/> Einkommen aus Vermietung, Verpachtung (z. B. Vertrag, Einkommensteuerbescheid)	€
<input type="checkbox"/> Leistung aus der gesetzlichen Krankenversicherung	€
(z. B. Krankengeld, Rehabilitationsgeld, Wochengeld, Wiedereingliederungsgeld etc.)	
<input type="checkbox"/> Unfallrenten, Auslandsrenten	€
<input type="checkbox"/> erhaltene/tatsächlich geleistete Alimente, Unterhaltsleistungen	€
<input type="checkbox"/> sonstige Vermögenswerte	€

4. Persönliche Daten und Einkommensverhältnisse der im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen (z. B. Ehegattin/Ehegatte, Lebensgefährtin/Lebensgefährte, Kinder, etc. – bitte **Nachweise in Kopie** beilegen)

Name	Vers.-Nr.	Verwandtschafts- verhältnis	Art des Einkommens (z.B. Lohn, Alimente etc.)	Netto- einkommen
				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€

5. Zuschuss wurde bereits beantragt bei

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amt der Landesregierung | <input type="checkbox"/> Magistrat/BH | <input type="checkbox"/> Sozialministeriumservice |
| <input type="checkbox"/> PVA | <input type="checkbox"/> Private Wohlfahrt | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

Zuschuss wurde zugesagt von:	Zuschusshöhe:
	€
	€
	€

6. Anweisung des Zuschusses

Zuschuss soll überwiesen werden an:

Vor- und Familienname:	Bank, IBAN:

Erklärungen und Unterschrift:

1. Ich ermächtige die Kostenträger, die für die Erledigung des Antrages unerlässlichen Daten einzuholen bzw. zu überprüfen.
2. Ich verpflichte mich, die Leistung zurückzuzahlen, wenn ich über wesentliche Umstände unvollständig oder falsch Auskunft erteilt habe.
3. Mit meiner Unterschrift erteile ich den – im Bedarfsfall – mit meinem Ansuchen befassten Stellen die ausdrückliche Zustimmung, zur Verfahrensvereinfachung, Verfahrensbeschleunigung, Vermeidung von Doppelfinanzierungen bzw. zur gegenseitigen Abstimmung die angegebenen Daten an andere Institutionen (Bezirkshauptmannschaft, Amt der Landesregierung, Sozialministeriumservice, Sozialversicherungsträger etc.) zu übermitteln.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben sowie die Kenntnisnahme der oben angeführten Erklärungen und dem nachfolgenden Hinweis zum Datenschutz.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin