

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
 UID-Nr.: ATU74552637



**Österreichische
Gesundheitskasse**

Antrag um Gewährung eines Zuschusses aus dem Unterstützungsfonds

1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers		
Vor- und Familienname (Versicherte/r)		Vers.-Nr. u. Geb. Datum
Vor- und Familienname (Angehörige/r - nur anzugeben, wenn d. Zuschuss für diese/n beantragt wird)		Vers.-Nr. u. Geb. Datum
Straße:	PLZ:	Ort:
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. Ansuchen wird gestellt für (<i>Kostenvoranschläge</i> bzw. <i>Rechnungen in Kopie beilegen</i>)		
<input type="checkbox"/> abnehmbarer Zahnersatz <input type="checkbox"/> festsitzender Zahnersatz <input type="checkbox"/> Zahnspangen <input type="checkbox"/> Heilbehelfe und Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Krankenhaus (Kostenbeitrag für Angehörige) <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
3. Einkommenssituation, netto, <u>im letzten Monat vor der Antragstellung</u> (bitte Zutreffendes ankreuzen und Nachweise 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/r Alimente/Unterhalt €..... <input type="checkbox"/> tatsächlich geleistete/r Alimente/Unterhalt..... €..... <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. u. Geb. Datum	Verwandtschafts- verhältnis	Art des Einkommens (zB. Lohn, Alimente)	Netto- einkommen
				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€

5. Zuschuss wurde bereits

beantragt bei:	zugewagt von:	Höhe
<input type="checkbox"/> Amt der Landesregierung	<input type="checkbox"/> Amt der Landesregierung	€
<input type="checkbox"/> Magistrat/BH	<input type="checkbox"/> Magistrat/BH	€
<input type="checkbox"/> PVA	<input type="checkbox"/> PVA	€
<input type="checkbox"/> Sozialministeriumservice (SMS)	<input type="checkbox"/> Sozialministeriumservice (SMS)	€
<input type="checkbox"/> Private Wohlfahrt	<input type="checkbox"/> Private Wohlfahrt	€
<input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> Sonstige:	€

6. Anweisung des Zuschusses an

	Vor- und Familienname	Bank, IBAN
<input type="checkbox"/> Versicherte/Versicherten		
<input type="checkbox"/> Angehörige/Angehörigen		
	Name, Firmenbezeichnung	Bank, IBAN
<input type="checkbox"/> Sonstige Leistungserbringer (z.B. Zahnarzt/-ärztin, Bandagist, Krankenhaus etc.)		

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