

**Antrag auf eine Beihilfe aus Mitteln
des Unterstützungsfonds (§ 84 ASVG)**

Versicherte/r

zutreffendes bitte ankreuzen

Familien-/Nachname und Vorname(n):	Versicherungsnummer und Geburtsdatum:
Anschrift (Postleitzahl, Ort, Straße)	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getr.

Angehörige/r, für die/den die Beihilfe beantragt wird

Familien-/Nachname und Vorname(n):	Versicherungsnummer und Geburtsdatum:
Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Versicherten:	

Mir sind für

Kosten in Höhe von € entstanden.

Ich beantrage eine Beihilfe aus dem Unterstützungsfonds und mache dazu folgende Angaben:

1. Derzeitiges monatliches Nettoeinkommen (Antragsteller) (z. B. Lohn/Gehalt, Pension, Arbeitslosengeld, selbstständige Tätigkeit, ...)	monatlich €
2. Sonstige Einkünfte (z. B. Unfallrente, Unterhaltszahlungen/Alimente, Familienbeihilfe, Pflegegeld, Sozialhilfeunterstützung, Wohn-/Mietzinsbeihilfe...)	monatlich €
3. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (Einheitswert des Betriebes)	€
4. Einnahmen aus Vermietung, Verpachtung, Leibrente, ...	monatlich €

5. Verzeichnis aller mit mir im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen:					
Familien-/Nachname und Vorname	Geburtsdaten	Familienstand	Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherten	Beruf	monatl. Nettoeinkommen z. B. Pflegegeld, Alimente, ...

Bitte wenden!

6. Wohnungsmiete bzw. Hausabgaben	
z. B. Betriebskosten (Gas, Heizung, Strom)	monatlich €
7. Sonstige finanzielle Verpflichtungen:	
a) Unterhaltsleistungen	monatlich €
b) Kindergarten-, Hort-, Schul-, Studienkosten	monatlich €
c) fachlicher Pflegeaufwand (durch Rotes Kreuz, Caritas, Volkshilfe, ...)	monatlich €
d) Darlehensrückzahlung(en) für	monatlich €
e)	monatlich €
8. Bei folgenden Stellen wurde noch um Unterstützung angesucht:	Höhe der bereits ausbezahlten oder in Aussicht gestellten Zuschüsse
.....	€
9. Liegt ein Fremdverschulden durch Dritte (z. B. Verkehrsunfall, Raufhandel, ...) vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Telefonnummer: E-Mail-Adresse:

Bankverbindung

BANK:	ORT:
IBAN:	BIC:

Bitte weisen Sie die Beihilfe direkt an den Rechnungsleger (Zahnambulatorium, Arzt, Krankenhaus, ...) an. Zu diesem Zweck habe ich die auf dem Informationsblatt vordruckte Einverständniserklärung vollständig ausgefüllt und sende Ihnen diese mit.

Ihr Ansuchen kann nur dann bearbeitet werden, wenn der Antrag vollständig ausgefüllt ist. Legen Sie Nachweise über die gemachten Angaben bitte in Kopie bei (die vorgelegten Unterlagen verbleiben bei der OÖGKK).

Ich erkläre, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass durch unvollständige oder unwahre Angaben zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten sind. Auf eine Beihilfe aus den Mitteln des Unterstützungsfonds besteht kein Rechtsanspruch.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers