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: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ Lebensgemeinschaft ☐ eingetragene Partnerschaft ☐ verheiratet, jedoch getrennt lebend

Grad der Behinderung in %:	Pflegegeld-Stufe:

2. Ansuchen wird gestellt für (*Kostenvoranschläge bzw. Rechnungen in Kopie beilegen*)

☐ abnehmbarer Zahnersatz ☐ festsitzender Zahnersatz ☐ Zahnspangen
☐ Heilbehelfe und Hilfsmittel ☐ Krankenhaus (Kostenbeitrag für Angehörige)
☐ Sonstiges:

3. Einkommenssituation, netto, im letzten Monat vor der Antragstellung

*(bitte Zutreffendes ankreuzen und **Nachweise in Kopie** beilegen)*

☐ Lohn bzw. Gehalt des Antragstellers/der Antragstellerin ..... €.....
☐ Pension ..... €.....
☐ AMS-Bezug (Arbeitslosengeld, Notstandshilfe) ..... €.....
☐ Mindestsicherung (**aktuellen** Bescheid beilegen) ..... €.....
☐ Einkommen aus selbständiger Tätigkeit
(Einkommensteuerbescheid aus dem Vorjahr) ..... €.....
☐ Einkommen aus der Land- und Forstwirtschaft
(**aktuellen** Einheitswertbescheid) ..... €.....
☐ Einkommen aus Vermietung, Verpachtung
(z.B. Vertrag, Einkommensteuerbescheid) ..... €.....
☐ Leistung aus der gesetzlichen Krankenversicherung ..... €.....
(z.B. Krankengeld, Rehabilitationsgeld, Wochengeld, Wiedereingliederungsgeld etc.)
☐ Unfallrenten, Auslandsrenten ..... €.....
☐ erhaltene/r Alimente/Unterhalt ..... €.....
☐ tatsächlich geleistete/r Alimente/Unterhalt ..... €.....
☐ 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:	zugesagt von:	Höhe
☐ Amt der Landesregierung	☐ Amt der Landesregierung	€
☐ Magistrat/BH	☐ Magistrat/BH	€
☐ PVA	☐ PVA	€
☐ Sozialministeriumservice (SMS)	☐ Sozialministeriumservice (SMS)	€
☐ Private Wohlfahrt	☐ Private Wohlfahrt	€
☐ Sonstige:	☐ Sonstige:	€

6. Anweisung des Zuschusses an

	Vor- und Familienname	Bank, IBAN
☐ Versicherte/Versicherten		
☐ Angehörige/Angehörigen		
	Name, Firmenbezeichnung	**Bank, IBAN**
☐ 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**