

## Erklärung

Zum Antrag auf Gewährung einer Unterstützung aus dem Unterstützungsfonds für die kieferorthopädische Behandlung von

---

Nach- und Vorname des Versicherten

Versicherungsnummer

---

Nach- und Vorname des mitversicherten Angehörigen

Versicherungsnummer

Zwecks Prüfung der Möglichkeit einer zusätzlichen Zuschussleistung durch das Amt der Vorarlberger Landesregierung erkläre ich mich damit einverstanden, dass seitens der Vorarlberger Gebietskrankenkasse die im Antragsformular angeführten personenbezogenen Daten im Sinne des § 4 Z 1 und 2 des Datenschutzgesetzes (Vor- und Zuname, Anschrift, Versicherungsnummer etc.) an das Amt der Vorarlberger Landesregierung übermittelt werden dürfen.

Gleichzeitig verpflichte ich mich, der Vorarlberger Gebietskrankenkasse den Schaden zu ersetzen, der durch unrichtige oder unvollständige Angaben auf dem Antragsformular entsteht und dadurch erwirkte Unterstützungsleistungen (durch Zuschüsse aus ihrem Unterstützungsfonds und Zuschussleistungen des Landes Vorarlberg) zur Gänze zurückzuzahlen.

---

Ort

---

Datum

---

Unterschrift des/der Versicherten