

# Antrag auf Gewährung einer Unterstützung aus dem Unterstützungsfonds

(bitte Bestimmungen auf der Beilage/Rückseite beachten)

**Hauptstelle**  
 6850 Dornbirn, Jahngasse 4  
 Tel 050 84 55-0  
 Fax 050 84 55-1040  
 vom Ausland 0043 50 84 55-0  
 vgkk@vgkk.at  
 www.vgkk.at

Nachname (des(r) Versicherten)	Vorname	Versicherungsnummer / Geburtsdatum
		Familienstand auswählen
Straße / Hausnummer	PLZ, Ort	
		Versicherungsnummer / Geburtsdatum
Nachname	Vorname	Verwandtschaftsverhältnis

<b>Bankverbindung:</b> IBAN:	BIC:	<b>Bearbeitungsvermerk der Kasse</b>
Antrag auf Unterstützung für:		<b>Prüfvermerk:</b> zB. Anspruch, Bank, Vollständigkeit, usw.
<b>1. Einkünfte</b> (ohne Familienbeihilfe und ohne Kinderabsetzbetrag)	<b>netto monatlich</b>	
• Lohn/Gehalt ⇨ letzte Lohn/Gehaltsbestätigung beilegen	€ _____	
• Pension (mit Ausgleichszulage; ohne Pflegegeld) letzte Kontoauszug, aktuelle Verständigung bzw. Bescheid Bescheid des PV-Trägers beilegen	€ _____	
• Arbeitslosen- oder Kinderbetreuungs- bzw. Wochengeldbezug	€ _____	
• Unterhaltszahlungen aus geschiedener Ehe bzw. ehem. eingetr. Partnerschaft – für Ehegattin(en), eingetr. Partner und Kinder Kopie der Scheidungsurkunde und Unterhaltsvereinbarung(en) ist beizulegen	€ _____	
• aus Vermietung, Verpachtung, Leibrente oder sonstiger selbständiger Tätigkeit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; <b>wenn ja</b> , aktuellen Einkommenssteuerbescheid beilegen	€ _____	
• sonstige Bezüge (z.B. Unfallrente, KOVG-Rente, Zulagen, Rentenbezug aus dem Ausland, Unterhaltszahlungen oder ähnliche Zuwendungen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; <b>wenn ja</b> , entsprechende Nachweise beilegen	€ _____	
• Sozialhilfeleistungen, wie z.B. Wohnbeihilfe, Zuschüsse zu Lebenserhaltungskosten, etc. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; <b>wenn ja</b> , entsprechende Nachweise beilegen	€ _____	

**BITTE WENDEN !**

<b>Bearbeitungsvermerk der Kasse:</b>		<b>Prüfvermerk:</b>
Leistungsart _____	KZ: _____	Netto-Familieneinkommen: € _____
Zahnbehandlung _____		Angehörige: € _____
Zahnbehandler _____		Richtsatz: € _____
Sonstige _____		Restkosten: € _____
sonstige Vermerke _____		Vorschlag: € _____
		Beschluss/Ablehnung: _____
		Sitzungsdatum: _____

**2. Angaben über die(den) Ehegattin(en), die (den) eingetragene(n) Partner(in) bzw. Lebensgefährtin(en) im gemeinsamen Haushalt, sowie sonstige mitversicherte Angehörige, für deren Unterhalt der Versicherte zu sorgen hat:**

Nach- und Vorname	Geburtsdatum	Verwandschafts- verhältnis	Beruf, Schüler, Hausfrau	monatl. (Netto-) Einkünfte	Bearb.Vermerk der Kasse

3. a) Haben Sie schon bei einer anderen Stelle einen Antrag auf Unterstützung gestellt? ja nein  
 Wenn ja, bei welcher Stelle und in welcher Höhe: \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

b) Haben Sie eine Privatversicherung, die zumindest einen Teil der gegenständlichen Aufwendungen ersetzt oder zu ersetzen verpflichtet ist? ja nein  
 Wenn ja, bei welcher Stelle und in welcher Höhe: \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

c) Bestehen hinsichtlich der beantragten Leistung Schadenersatzansprüche? ja nein  
 Wenn ja, bei welcher Stelle und Höhe: \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

4. Telefonnummer (für eventuelle Rückfragen): \_\_\_\_\_

**Wichtige Hinweise:**

**Bitte Einkommensbelege beilegen (z.B. Lohn-, Gehalts-, Pensionsnachweis, Einkommenssteuerbescheid)!  
 Bitte unbedingt Originalrechnungen und Zahlungsbestätigungen beilegen bzw. Kopie, wenn Originalrechnung bereits bei der Kasse eingereicht wurde!**

Ich bin damit einverstanden, dass die Kasse meine Angaben überprüft und entsprechende Bestätigungen einholen kann.

Ich versichere, dass ich die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe. Gleichzeitig verpflichte ich mich, der Kasse den Schaden zu ersetzen, der durch unrichtige Angaben oder durch das Verschweigen maßgebender Umstände entsteht und dadurch erwirkte Unterstützungen zur Gänze zurückzuzahlen.

\_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der(s) Versicherten

Entgegennahme durch: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

**Wichtige Bestimmungen für die Gewährung von Unterstützungen aus dem U-Fonds**

Auf die Gewährung von Unterstützungen besteht kein Rechtsanspruch.

Unterstützungen werden nur geleistet, wenn der Versicherte für sich oder seine mitversicherten Angehörigen einen Aufwand von mindestens € 360,- nachweist.

Ausnahmen bestehen nur für rezeptgebührenbefreite Versicherte oder für Personen, deren Einkommen unter den entsprechenden Grenzbeträgen für die Rezeptgebührenbefreiung liegt.

**Berücksichtigungswürdig sind in der Regel Fälle, in welchen das Netto-Familieneinkommen ohne Familienbeihilfe € 1.400,00 monatlich nicht übersteigt. Diese Grenze erhöht sich um € 400,- für die (den) Ehegattin(en), die (den) eingetragene(n) Partner(in) bzw. Lebensgefährtin(en) sowie für jeden mitversicherten Angehörigen, für dessen Unterhalt der Versicherte zu sorgen hat.**