



Antrag auf Gewährung einer Unterstützung aus dem Unterstützungsfonds

(bitte Bestimmungen auf der Beilage/Rückseite beachten)

Hauptstelle

6850 Dornbirn, Jahngasse 4

Tel. +43 (0)50 84 55-0

Fax +43 (0)50 84 55-1040

vgkk@vgkk.at

www.vgkk.at

Nachname (des(r) Versicherten) Vorname		Versicherungsnummer / Geburtsdatum				
		Familienstand ankreuzen				
		ledig	verh.	verw.	gesch.	getr.
Straße / Hausnummer PLZ, Ort						
Nachname des mitversicherten Angehörigen, für den eine Unterstützung beantragt wird		Vorname			Verwandtschaftsverhältnis	
		Versicherungsnummer / Geburtsdatum				

Bankverbindung: IBAN

BIC

**Bearbeitungsvermerk
der Kasse**

Antrag auf Unterstützung für:

Prüfvermerk:
zB. Anspruch, Bank,
Vollständigkeit, usw.

1. Einkünfte (ohne Familienbeihilfe und ohne Kinderabsetzbetrag) **netto monatlich**

- Lohn/Gehalt ⇨ letzte Lohn/Gehaltsbestätigung beilegen € _____
- Pension (mit Ausgleichszulage; ohne Pflegegeld), Ausländische Rentenleistungen – letzten Kontoauszug, aktuelle Verständigung bzw. Bescheid des PV- bzw. Rentenversicherungsträgers 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
 nein ja; **wenn ja**, aktuellen Einkommenssteuerbescheid beilegen € _____
- sonstige Bezüge (z.B. Unfallrente, KOVG-Rente, Zulagen, Rentenbezug aus dem Ausland, Unterhaltszahlungen oder ähnliche Zuwendungen)
 nein ja; **wenn ja**, entsprechende Nachweise beilegen € _____
- Sozialhilfeleistungen, wie z.B. Wohnbeihilfe, Zuschüsse zu Lebenserhaltungskosten, Mindestsicherung, etc.
 nein ja; **wenn ja**, entsprechende Nachweise beilegen € _____

bitte wenden !

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

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

Familien- 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.

Sie haben Fragen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung)? Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter www.vgkk.at/datenschutz.