

Subventionsantrag

Zutreffendes bitte ankreuzen

Angaben zur antragstellenden Person

<input type="checkbox"/> Vater		<input type="checkbox"/> Mutter		<input type="checkbox"/> Patientin/Patient (im eigenen Haushalt)	
Titel		Familiennamen		Vorname(n)	
Geburtsdatum (TTMMJJJJ)		Telefon		E-Mail:	
Staatsbürgerschaft <input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> andere		Wenn andere, welche?		in Österreich seit (TTMMJJJJ)	
Postleitzahl		Ort		Wohnanschrift (Ort, Straße, Haus-Nr., Tür-Nr.)	

Familienstand				Alleinverdienerin/Alleinverdiener	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Anzahl der Kinder				Anzahl jener Kinder, für die Familienbeihilfe bezogen wird	

Einkünfte der Antragstellerin/des Antragstellers im laufenden Kalenderjahr					
<input type="checkbox"/> Angestellte/Angestellter		<input type="checkbox"/> Arbeiterin/Arbeiter		<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	
<input type="checkbox"/> Selbständige/Selbständiger		<input type="checkbox"/> Landwirtin/Landwirt		<input type="checkbox"/> Pensionistin/Pensionist	
<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben):					
Bsp: Hausfrau/Hausmann, Unfallrentenbezieher/in, Arbeitslose/r, usw....					

Höhe des monatlichen und/oder jährlichen Nettoeinkommens		Höhe der mtl. Unterhalts- und/oder Alimentationseinkünfte	
EUR.....		EUR.....	
Pflegegeld		Sonstige Einkommen	
EUR.....		EUR.....	

Aktuelle Änderung der Einkommensverhältnisse der antragstellenden Person			
<input type="checkbox"/> wegen Familienhospizkarenz		von:.....	bis:.....
<input type="checkbox"/> sonstige Änderung.....		von:.....	bis:.....
Bisheriges monatliches Einkommen: EUR			
<input type="checkbox"/> Verringerung des Einkommens um:		EUR.....	ab:

Angaben zur Ehepartnerin/zum Ehepartner oder zur Lebensgefährtin/zum Lebensgefährten im gemeinsamen Haushalt bzw. von dem Sie nicht dauernd getrennt leben

Titel	Familiename	Vorname(n)
-------	-------------	------------

Einkünfte der Ehepartnerin/des Ehepartners (der Lebensgefährtin/des Lebensgefährten) im laufenden Kalenderjahr

Angestellte/Angestellter Arbeiterin/Arbeiter Beamtin/Beamter
 Selbständige/Selbständiger Landwirtin/Landwirt Pensionistin/Pensionist
 Sonstiges (bitte angeben):
Bsp: Hausfrau/Hausmann, Unfallrentenbezieher/in, Arbeitslose/r, usw....

Höhe des monatlichen und/oder jährlichen Nettoeinkommens EUR:.....	Sonstige Einkommen EUR:.....
---	---------------------------------

Aktuelle Änderung der Einkommensverhältnisse der Ehepartnerin/des Ehepartners (der Lebensgefährtin/des Lebensgefährten)

wegen Familienhospizkarenz von:..... bis:.....
 sonstige Änderung..... von:..... bis:.....
 Bisheriges monatliches Einkommen: EUR
 Verringerung des Einkommens um: EUR..... ab:

Aktuelle Bankverbindung

Name der Bank:	
IBAN	BIC
Name der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers:	

.....
Datum

.....
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Von Klinik, behandelte/r Ärztin / Arzt auszufüllen:

Name der Patientin/des Patienten	
Geburtsdatum (TTMMJJJJ):	erkrankt seit (TTMMJJJJ):
Diagnose:	

.....
Datum

.....
Stempel / Unterschrift des Arztes

Erforderliche Beilagen zum Subventionsantrag

Sehr geehrte Antragstellerin!
Sehr geehrter Antragsteller!

Um Ihren Antrag so rasch als möglich prüfen und bearbeiten zu können,
sind folgende Beilagen - dem Antrag entsprechend u. sofern zutreffend - beizulegen.

CHECKLISTE

Von der Antragstellerin /Vom Antragsteller

CHECKLISTE

- Einkommen: Lohn-, Gehalts-, Pensionsbestätigung und/oder Einkommenssteuer- bzw. Einheitswertbescheid.....
- Bei Bezug v. Familienbeihilfe: Bestätigung des Finanzamtes
- Bei Bezug v. Alimenten / Unterhalt: Bestätigung (wenn vorhanden)
- Bei Pflegegeldbezug: Bestätigung (wenn vorhanden)
- Bei Familienhospizkarenz: Bestätigung
- Nachweis sonstiger Einkommen:

Von der Ehepartnerin/des Ehepartners, der Lebensgefährtin/des Lebensgefährten

- Einkommen: Lohn-, Gehalts-, Pensionsbestätigung und/oder Einkommenssteuer- bzw. Einheitswertbescheid
- Bei Familienhospizkarenz: Bestätigung
- Nachweis sonstiger Einkommen: