Die Ärztekammer Steiermark

Wohlfahrtsfonds

Name: .....

Straße Nr.: .....

PLZ Ort: ..... ……..
Datum

Ärztekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

F. 0316-8044-136
wff@aekstmk.or.at

Antrag auf Zuerkennung des Wochengeldes
für angestellte (Zahn)Ärztinnen
gemäß § 28b Abs. 1 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

Beginn des Mutterschutzes:

- vorzeitiger Mutterschutz seit: .....
- gesetzlicher Mutterschutzes seit: .....

Dienstverhältnis:

- besteht weiterhin bei: ……..
- wird beendet mit: ……..

SV-Nr.: | | | | | Tag | Monat | Jahr |
Geb. Datum

Meine Bankverbindung: IBAN: .....

.....
Unterschrift

Beilagen:

- bei vorzeitigem Mutterschutz: Bestätigung durch Amtsarzt oder niedergelassenen Facharzt
- Kopie des Mutter-Kind-Passes mit dem voraussichtlichen Geburtstermin
- ev. Bestätigung über Frühgeburt, Mehrlingsgeburt oder Sectio
- Geburtsurkunde
- Mitteilung der Sozialversicherung über den Leistungsanspruch nach dem Kinderbetreuungs-geldgesetz

Hinweis: Antragstellung innerhalb von 24 Wochen ab Beginn des Mutterschutzes.

Drucken