

Ärztekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

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

Datum

Antrag auf Zuerkennung der Waisenversorgung

gem. § 26 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

ab 1. _____ (Monat/Jahr)

Daten der Antragstellerin / des Antragstellers:

Name:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

Tel.Nr.: _____

E-Mail: _____

Österreich

Bei minderjährigen Kindern:

Name und Anschrift des/der Erziehungsberechtigten an den/der Bescheid zugestellt wird:

Name: _____

Straße:

PLZ Ort:

Daten der / des Verstorbenen:

Name:

Sterbetag: _____ (Datum)

Ich beantrage die Zuerkennung der Waisenversorgung, weil ich

- mich in Schulausbildung befinde
 - eine Lehre absolviere
 - an der _____ studiere
 - wegen _____ (Diagnose) keiner Erwerbstätigkeit nachgehen kann.



Angaben zum Familienstand:

- ledig verheiratet, seit _____ (Datum)
 geschieden

Angaben zur Einkommenssituation:

monatliche Einkünfte: keine ja, in Höhe von _____

Lehrlingsentschädigungen, einkommenssteuerfreie Einkünfte, Waisenpensionen und Einkünfte während der Schulferien sind nicht miteinzubeziehen.

Meine Bankverbindung lautet:

IBAN: _____ BIC: _____

WICHTIG: Folgende Unterlagen sind zusätzlich zum Antrag unbedingt vorzulegen, da andernfalls Ihr Antrag nicht bearbeitet werden kann:

- Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung** ausgestellt auf den Wohlfahrtsfondsfonds
(= Formular von Ihrer Bank)
 aktuelle Schulbesuchs- bzw. Inscriptionsbestätigung
 Obsorgevereinbarung/Erwachsenenvertretungsbeschluss/Vorsorgevollmacht (sofern vorhanden)
 Geburtsurkunde der Antragstellerin/ des Antragstellers
 Sonstiges: _____

Ich erkläre, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass jede Änderung meiner persönlichen Verhältnisse, die meine Anspruchsberechtigung berührt (wie z.B. Änderung des Familienstandes, der Einkommenssituation, Präsenzdienst, Obsorgevereinbarung/-regelung, etc.), von mir innerhalb von **4 Wochen** schriftlich zu melden ist, da ich für die durch eine nicht rechtzeitig erstattete Änderungsanzeige eingetretenen Folgen hafe. Ich bestätige, dass ich antrags- bzw. vertretungsberechtigt bin (bei Minderjährigen bzw. vertretenden/betroffenen Personen). Zu Unrecht bezogene Leistungen werden von der Ärztekammer zurückgefordert.

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers
(bei Minderjährigen bzw. diesen Gleichzustellenden:
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten bzw. Erwachsenenvertreterin/Erwachsenenvertreters bzw.
Vorsorgebevollmächtigen)

ACHTUNG:

Das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen ist von Ihnen zukünftig unaufgefordert nachzuweisen:

- **jährliche Übermittlung einer Schulbesuchsbestätigung**
- **halbjährliche Übermittlung einer Inscriptionsbestätigung (d.h. sowohl für das Winter- als auch das Sommersemester)**
- **Lehrvertrag**
- **ärztliche Atteste (bei Erwerbsunfähigkeit)**