

Antrag auf Gewährung einer außerordentlichen Unterstützung

Alle Felder sind zwingend auszufüllen!

Für welche Leistung(en) beantragen Sie eine außerordentliche Unterstützung? (z.B. Kieferorthopädische Behandlung, Krankenhauskosten, Hilfsmittel, Zahnersatz u. dgl.)

.....

Versicherte/r: Vers.-Nummer: Geb.Datum:.....

ledig verheiratet geschieden verwitwet in Lebensgemeinschaft

Adresse:

PLZ/Wohnort: Tel.-Nr.: (tagsüber)

Angabe, falls Leistungen für eine/n Angehörige/n beantragt werden:

Angehörige/r: Vers.-Nummer: Geb. Datum:.....

Angehörige/r: Vers.-Nummer: Geb. Datum:.....

Gesamtausgaben lt. beil. Rechnungen EUR

davon von unserer Kasse vergütet EUR

OFFENER BETRAG EUR

Rechnungen können nur eingereicht werden, wenn die Bezahlung **höchstens drei Monate vor Antragstellung** erfolgte. Liegt die Bezahlung weiter zurück, begründen Sie bitte, warum erst jetzt ein Antrag erfolgt bzw. ob und wie sich dies finanziell auswirkt. Bei Kostenvoranschlägen müssen Sie binnen 3 Monaten ab Bewilligung mit der Behandlung beginnen.

Haben Sie auch bei den anderen Stellen (Landesregierung, Pensionsversicherung etc.) angesucht bzw. besteht eine vertragliche Verpflichtung (Privatversicherung etc.) für eine Zuschussleistung oder eine Verpflichtung von anderer Seite (Kindesmutter, Kindsvater etc.)?

ja nein

Wenn ja, bitte Bestätigung über die Höhe der Zuwendung beilegen

ANGABEN ZUR WIRTSCHAFTLICHEN BEURTEILUNG

Entsprechende Nachweise sind beizulegen

1. Nettoeinkommen im letzten Monat vor Antragstellung

EUR
(Lohn, Überstunden, Pension, Rente, Arbeitslosengeld, etc.)

2. Familienbeihilfe:

3. Alimente/Unterhalt:

.....

.....

4. Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit (Gewerbe, Landwirtschaft, Vermietung, Verpachtung, etc.)

.....

5. Haus, Grundbesitz, Wertpapiere, Sparbuch, etc.

6. Unterstützungsleistungen durch Landesregierung, Sozialamt usw.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wohnbeihilfe € | <input type="checkbox"/> Firmenpension € |
| <input type="checkbox"/> bedarfsorient. Mindestsicherung € | <input type="checkbox"/> Leibrente € |
| <input type="checkbox"/> Pflegegeld € | <input type="checkbox"/> Studienbeihilfe € |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges € |

7. Angaben über Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben. (Gilt auch für Personen, die sich wegen Schul- oder Berufsausbildung an einem anderen Ort aufhalten).

Familien- und Vorname	Vers. Nr. Geb. Datum	Familienstand	Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherten	Beruf	Monatliches Nettoeinkommen*

***) Alle Einkommen im Sinne der Punkte 1 - 6**

Eine laufende Leistung durch das Arbeitsmarktservice (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe) oder durch die Salzburger Gebietskrankenkasse (Karenzgeld, Kinderbetreuungsgeld, Krankengeld) ist dann nachzuweisen, wenn sie länger als 3 Monate gewährt wird. Bei kürzeren Bezugszeiten ist der letzte Monat der Beschäftigung nachzuweisen.

Wir ersuchen Sie, zum Nachweis Ihrer Angaben alle erforderlichen Belege beizulegen, wie z.B. bezahlte Rechnungen, Kostenvoranschläge, Lohnbestätigung, Steuerbescheid, Verständigung/Bescheid von Pensionsversicherungsanstalt, Landesinvalidenamt, Sozialamt.

Erhalten Sie oder Ihre Angehörigen eine Leistung wegen Behinderung (Pflegegeld, erhöhte Familienbeihilfe), so geben Sie bitte die **Art der Behinderung** an.

Eine außerordentliche Unterstützung kann nur gewährt werden, wenn keine vertragliche Verpflichtung eines Dritten zur Bezahlung der Kosten besteht. Die Kasse ist berechtigt, meine Angaben zu überprüfen und gegebenenfalls die Vorlage amtlicher Bestätigungen zu verlangen.

Ich verpflichte mich der Kasse jede Veränderung umgehend bekanntzugeben und Unterstützungen, die aufgrund unrichtiger oder unvollständiger Angaben gewährt wurden, zurückzuzahlen.

Ausführliche Begründung des Ansuchens (ärztliche Atteste beilegen):

.....
.....
.....

Beilagen:.....

Bankverbindung BIC: IBAN:

Ort/Datum Unterschrift des/der Versicherten

ANMERKUNGEN:

AUSZUG AUS DEN RICHTLINIEN:

Der Unterstützungs-Fonds dient dem Zweck, in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen, insbesondere unter Berücksichtigung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, Unterstützungen zu gewähren, wenn das Leistungsbegehren im Zusammenhang mit Leistungen der Krankenversicherung steht und nach den gesetzlichen oder satzungsmäßigen Bestimmungen solche Leistungen nicht oder nicht in ausreichendem Maße gewährt werden können.

Das Ausmaß der Unterstützung ist bei Vorliegen der erforderlichen Voraussetzungen unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse des Unterstützungswerbers festzulegen. Im Zweifelsfall ist eine langjährige Versicherungszeit entsprechend zu berücksichtigen. Unterstützungen, die mangels einer Anspruchsberechtigung an Stelle von gesetzlichen und satzungsmäßigen Versicherungsleistungen gewährt werden, dürfen in der Regel deren Ausmaß nicht übersteigen.

Unterstützungen sind nicht zu gewähren,

- a) wenn und soweit für die beantragte Leistung ein gesetzlicher oder privater Sozialhilfeträger zuständig ist oder ein Anspruch nach dem Behindertengesetz besteht;
- b) wenn bestehende Vertragseinrichtungen der Kasse ohne wichtigen Grund nicht in Anspruch genommen wurden.
- c) Wenn es sich um vermeidbare und nicht unbedingt notwendige Aufwendungen (zum Beispiel Sonderanfertigungen) handelt.

Wurden Unterstützungen aufgrund bewusst unrichtiger oder unvollständiger Angaben gewährt, können sie widerrufen und gemäß § 107 ASVG zurückgefordert werden.

Übernahmebestätigung
durch AGR bzw. AST
Prüfvermerke:

Dieser Teil wird nur von der Salzburger Gebietskrankenkasse ausgefertigt!

Versichert von bis / von bis

Anzahl der Personen im gemeinsamen Haushalt	davon Kleinkinder	Schüler/innen Studenten/innen	Lehrlinge

	Versicherte/r	Angehörige/r	Angehörige/r
Durchschnittslohn (Gehalt, Lehrling)
Pension
Landwirtschaft bzw. Erwerbstätigkeit
ALG, KG, WG
sonstiges (Beihilfen etc.)
Familienbeihilfe gesamt

Gesamteinkommen NETTO EUR:

Zahlung der Rechnung:

Im laufenden Kalenderjahr bewilligte
U-Fonds Leistung am:
EUR:
Ablehnungen:

Gesamtkosten netto EUR

Richtsatz (gesamt), netto EUR

Kassenleistung netto od. sonst. Zuschüsse EUR

Restkosten (gesamt), netto EUR

Selbstbehalt EUR

Stellungnahme Abt. 20/25: befürwortet abgelehnt

Begründung:.....

Vorschlag: **Entscheidung:**

Protokollführer/in: