

Antrag auf eine freiwillige Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds

Versicherte(r)/Antragsteller(in):

Familien- oder Nachname		Vorname		VSNR	Tag	Monat	Jahr
Adresse		Telefonnummer:					
Personenstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> hinterbliebener eingetragener Partner <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> aufgelöste eingetragene Partnerschaft				Gemeinsamer Haushalt mit Ehepartner/in bzw. eingetragenen/r Partner/in: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> Betriebsführer/in <input type="checkbox"/> Pensionist/in <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____							

Begründung des Antrages:

Mehrbelastungen bzw. außerordentliche Aufwendungen durch	Höhe der Aufwendungen	
	EUR	
	EUR	
	EUR	
	EUR	
	EUR	
Bitte Zahlungsbelege (z.B. Krankenhausaufenthalte, Kieferregulierungen) als Nachweis der Kosten beilegen!		

Wer hat die von der Krankenversicherung nicht getragenen Kostenanteile bezahlt?

Leistungen und Unterstützungen von dritter Stelle:

Sind Sie noch bei einem anderen Sozialversicherungsträger als der SVB versichert?
 Nein Ja, bei _____

Sind Sie privat krankenversichert?
 Nein Ja, bei _____ Polizznummer: _____

Haben Sie von der Privatversicherung Leistungen in Bezug auf die angeführten Kosten erhalten?
 Nein Ja, in Höhe von € _____

Haben Sie bei einer anderen Stelle einen Leistungs- oder Unterstützungsantrag gestellt?
 Nein Ja, bei _____
 erhaltener bzw. in Aussicht gestellter Betrag: EUR _____

Sonstiges zur Einkommenssituation (Renten, Zimmervermietung, Pachteinahmen, Zinserträge, Schulden u. dgl.)

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe und nehme zur Kenntnis, dass durch unvollständige oder unwahre Angaben zu Unrecht erbrachte Leistungen zurückzuerstatten sind. Auf Unterstützung aus Mitteln des Unterstützungsfonds besteht kein Rechtsanspruch.

Datum

Unterschrift