

Antrag

1. Antragsteller^a

Name

Geburtsdatum SV-Nr Beruf

Wohnhaft

Erreichbarkeit (Tel, E-Mail)

Antragsteller ist ledig verheiratet geschieden verwitwet
und allein stehend in Lebensgemeinschaft

Verhältnis des Antragstellers zum begünstigten Kind: Obsorgeberechtigung ja nein

Leibliches Kind Pflegekind Adoptivkind

oder

Daten der Mutter (wenn nicht Antragstellerin)

Name

Geburtsdatum SV-Nr Erreichbarkeit

Verhältnis zum begünstigten Kind: Unterhaltspflicht: ja nein

Im selben Haushalt Besuchszeiten Kein Kontakt

Daten des Vaters (wenn nicht Antragsteller)

Name

Geburtsdatum SV-Nr Erreichbarkeit

Verhältnis zum begünstigten Kind: Unterhaltspflicht: ja nein

Im selben Haushalt Besuchszeiten Kein Kontakt Unbekannt

Weitere Kinder

..... (Name, Geburtsdatum) Obsorge Unterhaltspflicht

..... (Name, Geburtsdatum) Obsorge Unterhaltspflicht

..... (Name, Geburtsdatum) Obsorge Unterhaltspflicht

Davon leben im selben Haushalt

Kontoverbindung

Kontoinhaber

IBAN BIC

Vorzulegende Unterlagen (in Kopie):

- 1.1. Kopie Reisepass oder anderes Ausweisdokument Antragsteller ✓
- 1.2. Wenn zutreffend: Nachweis über Obsorgeberechtigung des Antragstellers ✓
- 1.3. Meldezettel Antragsteller ✓

2. Begünstigtes Kind

Name

Geburtsdatum SV-Nr

Schule Lehrberuf bei Sonstiges

Wohnhaft

Erreichbarkeit (Tel, E-Mail)

Vorzulegende Unterlagen (in Kopie):

2.1. Kopie Reisepass oder anderes Ausweisdokument begünstigtes Kind ✓

2.2. Meldezettel Begünstigter ✓

3. Wohlfahrts-Samariter (Unterstützer)

Name

Geburtsdatum Beruf/Funktion

ASB Mitglied ja nein

Wohnhaft

Erreichbarkeit (Tel, Email)

Verhältnis zum Antragsteller / Begünstigten: verwandt verschwägert fremd

Sonstige Angaben

.....

.....

Vorzulegende Unterlagen (in Kopie):

3.1. Kopie Reisepass/ anderes Ausweisdokument (auch ASB Mitgliedskarte) Unterstützer ✓

4. Angaben zum medizinischen Anlassfall

Die Unterstützung wird benötigt für

- Medikamente nämlich
- Heilbehelfe nämlich
- Therapie nämlich
- Sonstiges

Die Kosten für die benötigte Unterstützung betragen gesamt €¹

Behandelnder Arzt (Bezeichnung, Name).....

Kontakt behandelnder Arzt (Telefon).....

Befund des behandelnden Arztes

Diagnose

Therapieempfehlung

Behandlungsplan/Kosten

Entscheidungsgrundlagen des behandelnden Arztes (z.B. Laborbefund, Röntgenbilder, etc.).....

.....

.....

Vorzulegende Unterlagen (in Kopie):

- 4.1. Diagnose, Therapievorschlag des behandelnden Arztes ✓
- 4.2. Entscheidungsgrundlagen des Arztes, die für eine Kontrolldiagnose erforderlich sind ✓
(zB Laborbefund, Röntgenbilder etc)
- 4.3. Zahlungsnachweise für Behandlungen und Therapien ✓

¹ Bei Vorliegen der Genehmigungsvoraussetzungen kann die Samariterbund Wohlfahrtsstiftung davon in der Regel maximal EUR 500,00 pro Kind und Anlassfall zuzahlen.

5. Angaben zur Einkommens- und Vermögenssituation

5.1. Antragsteller

Einkommen aus Erwerb EUR Arbeitslose/Notstand EUR
 Sozialhilfe EUR SonstigesEUR

Antragsteller hält wirtschaftliche Beteiligungen nein ja, nämlich.....

Anderes Vermögen des Antragstellers

Haus: Adresse, m² Preis / (Einheits-)Wert EUR

Eigentumswohnung: Adresse, m² Preis / (Einheits-)Wert EUR

Sonstiges

Antragsteller ist Alleinverdiener

5.2. Begünstigtes Kind

Einkommen des begünstigten Kindes (z.B. Familienbeihilfe, Pflegegeld, etc).....

Vermögen des Begünstigten (wie oben).....

Unterhaltsansprüche des begünstigten Kindes nein ja

Verpflichtet ist (Name, Geburtsdatum)

Unterhaltsvorauszahlungen zugunsten des Kindes nein ja Aktenzahl Gericht.....

5.3. Weitere Beteiligte Personen

Weitere im Haushalt lebende Personen

.....(Name, Geburtsdatum)(Einkommen)

.....(Name, Geburtsdatum)(Einkommen)

Ich erhalte (gelegentlich) Geld von (Name, Geburtsdatum)

Vorzulegende Unterlagen (in Kopie):

Einkommensnachweis

durch: Lohnbestätigung ✓

oder: Arbeitslosenbescheid ✓ oder: Sozialhilfebescheid ✓ oder: Zuspruch auf Unterhaltsvorschuss ✓

oder: anderes amtliches Dokument, das über die Einkommenssituation der Beteiligten Auskunft gibt ✓

Vermögensnachweis

Durch: Grundbuchsauszug ✓ oder: anderes amtliches Dokument, das über die Vermögenssituation der Beteiligten Auskunft gibt ✓

Schulden

Durch: Bankbestätigungen ✓ oder: anderes amtliches Dokument, das über die Schuldensituation der Beteiligten Auskunft gibt ✓

6. Ablehnung durch mögliche andere Leistungsträger

6.1. Sozialhilfe: wurde angefragt: wurde nicht angefragt:
 und wurde bewilligt wurde abgelehnt

Aktenzahl / Bescheid Nummer

Name, Kontaktdaten Ansprechperson.....

6.3. Sozialversicherung / Krankenkasse: wurde angefragt: wurde nicht angefragt:
 und wurde bewilligt wurde abgelehnt

Aktenzahl / Bescheid Nummer

Name, Kontaktdaten Ansprechperson.....

6.4. Krankenkasse-Unterstützungsfonds: wurde angefragt: wurde nicht angefragt:
 und wurde bewilligt wurde abgelehnt

Aktenzahl / Bescheid Nummer

Name, Kontaktdaten Ansprechperson.....

6.5. Sonstige²:

6.5.1. Name Organisation

Aktenzahl / Bescheid Nummer

Name, Kontaktdaten Ansprechperson.....

wurde angefragt: wurde nicht angefragt: **und**

wurde bewilligt wurde abgelehnt

6.5.2. Name Organisation

Aktenzahl / Bescheid Nummer

Name, Kontaktdaten Ansprechperson.....

wurde angefragt: wurde nicht angefragt: **und**

wurde bewilligt wurde abgelehnt

6.5.3. Name Organisation

Aktenzahl / Bescheid Nummer

Name, Kontaktdaten Ansprechperson.....

wurde angefragt: wurde nicht angefragt: **und**

wurde bewilligt wurde abgelehnt

Vorzulegende Unterlagen (in Kopie):

Ablehnende Bescheide von Leistungsträger ✓

Anerkennende Bescheide von Leistungsträger ✓ (auch bei teilweiser Übernahme der Kosten durch den Leistungsträger)

² Die Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit; weitere Leistungsträger können sein: Pensionsversicherung, Unfallversicherung, Private Versicherungsleistungen, Aushilfen der lokalen Gemeindeverwaltung, Gesundheitsämter, andere Sozialorganisationen, etc.

Mit nachstehender Unterschrift bestätigt der Antragsteller die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben in diesem Antrag.

....., am
..... Antragsteller

Mit nachstehender Unterschrift bestätigt der Wohlfahrts-Samariter (Unterstützer), dass er/sie diesen Antrag befürwortet.

....., am
..... Wohlfahrts-Samariter

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich stimme zu, dass die *Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs Wohlfahrts-Privatstiftung* mit dem Sitz in der Hollergasse 2-6, 1150 Wien

gesundheitsbezogene Daten (die benötigte Unterstützung, Diagnosen, Befunde, Medikamente, Heilbehelfe, Therapieempfehlung, Pflegegeld/Pflegestufe, Behandlungsplan, behandelnder Arzt und dessen weitere Entscheidungsgrundlagen)

sonstige Daten, die das begünstigte Kind betreffen, insbesondere

- Name, Geburtsdatum, Kontaktdaten (aller mit dem begünstigten Kind im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen), Sozialversicherungsnummer, Meldedaten, Finanz- und Bankdaten (Einkommens- und Vermögenssituation aller mit dem begünstigten Kind im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen) sowie
- die von mir vorgelegten Unterlagen (insbesondere Ausweisdokumente, Meldezettel, Nachweise für die Obsorgeberechtigung/gesetzliche Vertretung, Einkommensnachweise)

speichert und zum Zweck der **Genehmigungsprüfung** und zum Zweck der **Erbringung von Unterstützungsleistungen bei Vorliegen der Förderkriterien im Sinne der Stiftungsurkunde** verwendet.

Ich stimme zu, dass im Zuge der Genehmigungsprüfung die Daten zur finanziellen Überprüfung an die Abteilung Controlling der Samariterbund Österreich Rettung und Soziale Dienste gem. GmbH bzw. zur medizinischen Überprüfung an den Stiftungsarzt übermittelt werden und auf dieser Grundlage der Beschluss der Stiftungsvorstände über das Vorliegen der Förderkriterien ergeht.

Ich stimme zu, dass die Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs Wohlfahrts-Privatstiftung alle erforderlichen Schritte veranlasst, die der Überprüfung der Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben im Antrag dienen. Insbesondere ermächtige ich sie zur Einsichtnahme in und Kopieziehung aus allen Akten und Unterlagen aller Behörden, Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktserviceeinrichtungen und aller anderen Stellen, Einrichtungen und Personen, zu deren Kontaktierung und zur Offenlegung von Daten. Alle diese Organisationen dürfen die erforderlichen Daten an die Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs Wohlfahrts-Privatstiftung weiterleiten.

Ich bestätige, dass ich berechtigt bin, die von mir bekannt gegebenen Daten anzugeben.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mittels Brief an die *Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs Wohlfahrts-Privatstiftung, Hollergasse 2-6, 1150 Wien* oder per E-Mail an hilfe@fuersleben.at widerrufen. Ab dem Zeitpunkt des Einlangens des Widerrufs erfolgen keine weiteren Datenverarbeitungen auf der Grundlage dieser Einwilligungserklärung. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt.

Ich bestätigte außerdem, dass ich über die Datenverarbeitung bei der Arbeiter-Samariter-Bund Österreichs Wohlfahrts-Privatstiftung informiert wurde. Die Datenschutzinformation kann ich jederzeit nachlesen unter www.samariterbund.net/datenschutz.

....., am

....., am

.....

.....

ab 14 Jahren zusätzlich: das begünstigte Kind
als betroffene Person

Obsorgeberechtigte(r)/gesetzliche(r) Vertreter(in)

^a Alle personenbezogenen Angaben in diesem Formular sind geschlechtsneutral.