

Ärzttekammer für Steiermark  
Wohlfahrtsfonds  
Kaiserfeldgasse 29  
8010 Graz

F. 0316-8044-136  
[wff@aekestmk.or.at](mailto:wff@aekestmk.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: \_\_\_\_\_

SVN: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### Bei minderjährigen Kindern:

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

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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 Wohlfahrtsfonds ( = Formular von Ihrer Bank)
- aktuelle Schulbesuchs- bzw. Inskriptionsbestätigung
- 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 hafte. 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.  
Vorsorgebevollmächtigten)

**ACHTUNG:**

**Das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen ist von Ihnen zukünftig unaufgefordert nachzuweisen:**

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