

**Familienstiftung – Hilfsfonds der Katholischen Aktion Oberösterreich**  
für Familien, Alleinerziehende und Schwangere in Not

A – 4021 Linz, Kapuzinerstraße 84  
Tel.: 0732/7610-3411, Fax: 0732/7610-3779

E-Mail: hilfsfonds.ka@diezese-linz.at, Internet: www.familienstiftung-hilfsfonds.at

Bearbeitungsvermerke:	
Eingelangt am:	GZ:
Entscheidung am:	Bewilligung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
F. d. Vergabekuratorium: _____ _____ _____	

# ANTRAG auf Gewährung einer einmaligen Beihilfe

## Antragsteller/in:

Vorname, Familienname:		Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße):		Telefon:	
Familienstand: <input type="checkbox"/> verh./Lebensgem. <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch./getrennt lebend		seit:	Staatszugehörigkeit:
Beruf:	beschäftigt bei:	seit:	

## Ehepartner/in, Lebensgefährte/in:

Vorname, Familienname:		Geburtsdatum:
Beruf:	beschäftigt bei:	Staatszugehörigkeit:

## Kinder:

Name:	Geburtsdatum:	Kindergarten / Schule / Ausbildung / ...
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

  
  
  
  


## Verwendung der Beihilfe:

Beantragte Beihilfe (Euro):	Verwendungszweck:	Genehmigt:
Ursache der Notsituation:		Bisherige Beihilfen:

### Einkommensverhältnisse / Familieneinkommen (monatlich):

Beträge in Euro:

<input type="checkbox"/> Gehalt <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Mindestsicherung <input type="checkbox"/> Wochengeld <input type="checkbox"/> Kinderbetreuungsgeld <input type="checkbox"/> Gehalt <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Mindestsicherung <input type="checkbox"/> Wochengeld <input type="checkbox"/> Kinderbetreuungsgeld  Sonstige Einnahmen: _____	Einkommen Antragsteller/in: _____ Einkommen Ehepartner/in bzw. Lebensgefährte/in: _____ Familienbeihilfe: _____ Alimente / Unterhalt: _____ Wohnbeihilfe: _____ Pflegegeld: _____ Sonstige Einnahmen: _____ <b>Einkommen gesamt:</b> <span style="border: 2px solid black; padding: 2px 20px;"> </span>
---	--

--	--

### Schulden und Ratenverpflichtungen:

Art / Zweck / Geldverwendung	Kreditgeber (Bank,...)	offener Gesamtbetrag	monatl. Rückzahlungsrate
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
<b>Schulden gesamt:</b>		_____	_____

### Ausgaben (monatliche Fixkosten):

<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung / Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mietwohnung	monatl. Betrag in €
Miete	_____
Betriebskosten	_____
Strom	_____
Gas, Wasser, Heizung	_____
Telefon	_____
Rundfunk, Zeitung	_____
Kindergarten	_____
Schule	_____
Versicherungen	_____
Auto	_____
Rückzahlung Kredite	_____
Sonstiges:	_____
<b>Fixkosten gesamt:</b>	_____

Andere beantragte oder erhaltene Beihilfen:		
Institution	Höhe in €	Datum
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Im Falle einer Bewilligung ersuche ich um Überweisung auf folgendes Konto:

Kontobezeichnung / Name:
IBAN EmpfängerIn: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">A T</div>
Verwendungszweck:

Ich bin mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung der hier angegebenen persönlichen Daten einverstanden und bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist bewusst, dass bei unrichtigen Angaben zu Unrecht bezogene Leistungen nötigenfalls auch gerichtlich eingefordert werden können. Ich bin damit einverstanden, dass gegebenenfalls seitens der Familienstiftung weitere Informationen auch von Dritten eingeholt werden und dass hierfür die Antragsdaten zur Abstimmung bzw. Überprüfung der Förderungswürdigkeit an entsprechende Stellen weitergeleitet werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Antragstellenden

## Stellungnahme / Begründung für Unterstützung durch die Beratungsstelle

Beratungsstelle:	
Name Sachbearbeiter/in:	Telefon:
Adresse:	E-Mail:
Stellungnahme: (bitte auch Art und Höhe der Unterstützung seitens der Beratungsstelle anführen)	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift

Vermerk von Familienstiftung-Hilfsfonds:
--