

Ansuchen um einen einmaligen Zuschuss

...../.....
Mitgliedsnummer/Landessektion

.....
Vor.- und Zuname/ Titel

.....
Geburtsdatum

.....
Straße/Hausnummer/Stiege

.....
PLZ

.....
Ort

.....
Dienststelle

.....
Tele. Nr. (tagsüber erreichbar!)

.....
Gesamtbetrag der Ausgaben: €..... Beilagen:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Zahnarztkosten

Ausgaben für Sehbehelfe

Begräbniskosten für Angehörige

--
Bankverbindung:

Konto Nr: BLZ: Bankinstitut.....

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift

Überprüfung durch den Landesvorstand Kärnten am _____.

Letzten Zuschuss erhalten am _____.

Stellungnahme des gewerkschaftlichen Betriebsausschuss

am _____.

Unterschrift des Vorsitzenden

Beschluss des Sozialausschusses des Landesvorstandes der GÖD Kärnten:

genehmigter Betrag: € _____

Unterschriften:

Richtlinien

EINMALIGE UNTERSTÜTZUNG

Folgende Rechnungen werden für den „Einmaligen Zuschuss“ anerkannt:

- **Zahnarztkosten**
- **Ausgaben für Sehbehelfe**
- **Begräbniskosten für Angehörige**

Weiters zu beachten ist auch, dass Rechnungen, die länger als ein halbes Jahr nach Antragstellung zurückliegen, nicht mehr anerkannt werden können.