



Ärztekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

F. 0316-8044-136
wff@aekestmk.or.at

.....
Datum

Antrag auf Zuerkennung der Kinderunterstützung

gem. § 24 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

ab **1.** _____ (Monat/Jahr)

Daten der Antragstellerin / des Antragstellers:

Name: _____

Adresse: _____

Tel.Nr.: _____

E-Mail: _____

Sozialversicherungsnummer:

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

Bei minderjährigen Kindern:

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

Name: _____

Adresse: _____

**Daten des Elternteils, von dem sich der Anspruch auf Kinderunterstützung
ableitet:**

Name: _____ Versorgungsbezug ab: _____

Ich beantrage die Zuerkennung der Kinderunterstützung, weil ich

- mich in Schulausbildung befinde
- eine Lehre absolviere
- an der _____ studiere
- wegen _____ (Diagnose) keiner
Erwerbstätigkeit nachgehen kann

