

An PZS/Magistratskrankenfürsorge	Eingangsstempel MKF
Ansuchen um einen außerordentlichen Zuschuss im Kuratorium	

Bitte beachten Sie, dass nur dann eine Bearbeitung gewährleistet werden kann, wenn die mit * gekennzeichneten Pflichtfelder vollständig ausgefüllt sind.

Nachname, Vorname, Titel *		SV-Nr. und Geburtsdatum *
Name der/des Angehörigen (wenn der Antrag für sie/ihn gestellt wird *)		SV-Nr. und Geburtsdatum (*)
Wohnadresse (Straße und Hausnummer) *	PLZ *	Ort *
Telefon (optional)	E-Mail-Adresse ⓘ	
Monatliches Nettoeinkommen in € (Antragsteller*in) *	Sonstige Einkünfte in € *	
Zuschuss in Höhe von € *		
Begründung *		
Angabe aller im Haushalt lebenden Personen *		
Bei welchen Stellen/Einrichtungen haben Sie zusätzlich um finanzielle Unterstützung angesucht (auch Versicherungen!)? *		

ⓘ Mit der Angabe Ihrer E-Mail-Adresse ermächtigen Sie die MKF, auch auf diesem Weg mit Ihnen Kontakt aufzunehmen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner getätigten Angaben und nehme zur Kenntnis, dass ein im Kuratorium genehmigter Zuschuss im Falle von unvollständigen oder unrichtigen Angaben an die MKF rückerstattet werden muss.

Datum

Unterschrift

Magistrat der
Landeshauptstadt Linz
Magistratskrankenfürsorge
und Zentrum für Zahngesundheit

Hauptplatz 1, Altes Rathaus
4041 Linz
mkf@mag.linz.at
+43 732 7070 1243

mkflinz.at
linz.at