

An die
**GEWERKSCHAFT
ÖFFENTLICHER DIENST**
Bahnhofstraße 44 / III
9020 Klagenfurt / Wörthersee

Ansuchen um einen **einmaligen Zuschuss**

MITGLIEDSNUMMER:

GEBURTSDATUM:

DIENSTSTELLE

VORNAME UND ZUNAME:

TITEL:

PLZ:

ORT:

STRASSE:

TEL:

E-MAIL:

BIC:

IBAN:

BANK:

Gesamtbetrag der Ausgaben:

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN:

Zahnarztkosten

Ausgaben für Sehbehelfe

BEILAGEN:

Hörapparate

Begräbniskosten für Angehörige

Die GÖD wird die in diesem Antrag enthaltenen Daten zum Zwecke der Abwicklung des Antrages verarbeiten.
Weitere Informationen zum Datenschutz sind unter www.oegb.at/datenschutz ersichtlich.

DATUM

UNTERSCHRIFT

INTERNE VERMERKE:

Überprüfung durch den Landesvorstand Kärnten am _____ Letzten Zuschuss erhalten am _____

Stellungnahme des gewerkschaftlichen Betriebsausschuss:

**Beschluss des Sozialausschusses
des Landesvorstandes der GÖD Kärnten:**

GENEHMIGTER

BETRAG:

Unterschrift:

Richtlinien für einen **einmaligen Zuschuss**

Folgende Rechnungen werden für den
„Einmaligen Zuschuss“ anerkannt:

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

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

