

An das
 Bundesministerium für Wirtschaft,
 Familie und Jugend
 Abteilung II/4
 1010 Wien; Franz-Josefs-Kai 51
 Tel. 01/71100

- ERSTANSUCHEN
 VERLÄNGERUNG

ANSUCHEN FAMILIENHOSPIZKARENZ-HÄRTEAUSGLEICH

Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen!

Zutreffendes bitte ankreuzen: O

WICHTIG !!

***) alle Einkommensbestandteile (Gehalt, Pension, Alimente, Beihilfen, etc.) sind in geeigneter Weise zu belegen** (Lohnzettel, Bescheide, etc) - **vorgelegte Originale werden umgehend retourniert**

1.) Persönliche Daten: *)

Antragsteller(in): Familienname, Vorname	Sozialvers.-Nr./.....	Staatsbürgerschaft
Familienstand:	seit:	
ordentlicher Wohnsitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Stiege, Türnummer)	Telefon:	
Monatliches Haushalts-Nettoeinkommen (einschl. Transferleistungen und Unterhaltsleistungen, jedoch ohne Familienbeihilfe, Wohnbeihilfe, Kinderbetreuungsgeld und Pflegegeld) €	BEGINN der Familienhospizkarenz (TT-MM-JJ):	

2.) sonstige im gemeinsamen Haushalt lebende Personen: *)

Familienname, Vorname	Sozialversicherungsnummer	Einkommen ja nein	Monatlicher Nettobetrag
1)/.....		
2)/.....		
3)/.....		
4)/.....		
5)/.....		
6)/.....		

3.) Person, für die Familienhospizkarenz in Anspruch genommen wird (Ehegatten/in, Lebensgefährten/in, Geschwister, Eltern, Großeltern, Kinder, Enkelkinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Schwiegereltern und Schwiegerkinder.)

Familienname, Vorname	Sozialvers.-Nr./.....	Verwandtschaftsverhältnis :
Familienstand:	seit:	
ordentlicher Wohnsitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Stiege, Türnummer)	Telefon:	

4.) Bestätigung des Dienstgebers bzw. des Arbeitmarktservice über die Inanspruchnahme der Familienhospizkarenz (Freistellung gegen Entfall der Bezüge !!) *)

Bezug auszahlende Stelle:		Monatlicher Nettobezug :	
		€	
		Arbeitsgerichtliches Verfahren anhängig ?	
Stempel	Unterschrift	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Adresse:	Telefonnummer:	Familienhospizkarenz gemeldet (TT-MM-JJ):	
		von :	bis :

*) diese Bestätigung bedeutet keine Zustimmung – es entsteht daraus auch keine Zahlungsverpflichtung für den Dienstgeber

5.) Bankverbindung

Institut:	Bankleitzahl:
Kontonummer:	

4.) Schlusserklärung:

Ich stimme ausdrücklich zu, dass Angaben über mich und sonstige im Antrag genannte Personen, soweit diese zur Erledigung des von mir gestellten Ansuchens eine wesentliche Voraussetzung bilden, bei den jeweils zuständigen Stellen und Personen (Behörden, Ämter, Körperschaften des öffentlichen Rechtes, Banken und Kreditunternehmen, Organisationen, Institute, karitative Vereine, Krankenanstalten, Ärzte, Dienstgeber und sonstige Personen) eingeholt werden.

Ich entbinde vorstehende Stellen von der Verpflichtung zur Wahrung des Amtsgeheimnisses bzw. Banken und Kreditunternehmen von der Verpflichtung zur Wahrung des Bankgeheimnisses.

Ferner stimme ich dem automationsunterstützten Datenverkehr im Sinne der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes zur Abwicklung meines Antrages zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich über den sich aus der Zuerkennung der Zuwendung ergebenden Anspruch weder durch Abtretung, Anweisung oder Verpfändung, noch auf eine andere Weise unter Lebenden verfügen kann.

Ich nehme weiters zur Kenntnis, dass ich die erhaltene Zuwendung zurückzahlen habe, wenn sie durch unrichtige oder unvollständige Angaben über Umstände, die für die Gewährung maßgebend waren, erlangt wurde. In diesem Fall ist der zurückzuzahlende Betrag vom Tage der Auszahlung an mit 3 v.H. über dem jeweils geltenden Zinsfuß Basiszinssatz gemäß §1 des ersten EURO-Justiz-Begleitgesetzes pro Jahr zu verzinsen.

Ich bekräftige durch meine Unterschrift, dass ich obige Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und verpflichte mich, das Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend von einer allfälligen, vorzeitigen Beendigung der Familienhospizkarenz oder von Änderungen in den Einkommensverhältnissen umgehend in Kenntnis zu setzen.

BEILAGEN

- Lohnzettel bzw. Bezugsbestätigung des AMS
(**aktuell für alle betroffenen Haushaltsangehörigen sowie letzter Bezug des/r Antragstellers/in**)
- gegebenenfalls Niederschrift über Familienhospizkarenzvereinbarung mit AMS
- Pensionsbescheide
- Unterhaltsvereinbarungen
- Sonstiges

_____, am _____

Unterschrift Antragsteller(in)