

**Gewerkschaft Öffentlicher Dienst**  
**Landesvorstand Steiermark, 8011 Graz, Karl Morre Straße 32, 8020 Graz**  
**Tel.: 0316/7071/DW 239 E-Mail: stmk@goed.at**

**Ansuchen um soziale Unterstützung**  
 wegen außergewöhnlicher finanzieller Belastung  
 \*) aufgrund von Zahnbehandlungskosten

Zuname und Vorname des Mitgliedes:		Geburtsdatum:	
PLZ:	Wohnadresse:		TelefonNr.:
Kreditinstitut:	IBAN:		BIC:
Dienststelle:	Dienststellenadresse:		
monatliches Bruttoeinkommen:	Alleinverdiener:		
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Familienstand:	Namen und Geburtsdaten der Unterhaltsberechtigten:		
Mitglied seit:	Mitgliedsnummer:	Monatlicher Beitrag:	
Beruf des Partners:	monatliches Bruttoeinkommen des Partners:		
Gesamtausgaben für den Beihilfenfall:	Kostenersatz:		
EUR	BVAEB:	EUR	
	ÖGK:	EUR	
	LUV:	EUR	
	Dienstgeber:	EUR	
	Sonstige:	EUR	
Verbleibende Eigenleistung:	EUR		
Letztmalig angesucht am:			

Voraussetzung für die Bearbeitung eines Ansuchens um soziale Unterstützung ist das vollständige Ausfüllen des Formulars, der Nachweis der Einkommen, Ausgaben und eventuellen Kostenersätze für den Beihilfenfall. Die GÖD wird die in diesem Antrag enthaltenen Daten zum Zwecke der Abwicklung der sozialen Unterstützung verarbeiten. Weitere Informationen zum Datenschutz sind unter [www.oegb.at/datenschutz](http://www.oegb.at/datenschutz) ersichtlich.

Datum

Unterschrift

**Stellungnahmen**  
 Gewerkschaftlicher Betriebsausschuss

Landesleitung

\*)bei Nichtzutreffen streichen

(Erläuterungen siehe Rückseite)

