



STEIRISCHE KINDERKREBSHILFE

A-8010 Graz, Wickenburggasse 32, Tel.: 0316/30 21 42, Fax: 0316/30 46 07

www.kinderkrebshilfe.at • e-mail: stkkh@aon.at

Zutreffendes bitte ankreuzen

Patientin/Patient (im eigenen Haushalt)

Subventionsantrag

Vater

Mutter

Angaben zur antragstellenden Person

Familienname	
Vorname(n)	Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

Postleitzahl	Wohnanschrift (Ort, Straße, Haus-Nr., Tür-Nr.)
Telefon	E-Mail
Staatsbürgerschaft <input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> andere	
wenn andere, welche?	in Österreich seit (TTMMJJJJ)

Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	
Anzahl der Kinder	Anzahl jener Kinder, für die Familienbeihilfe bezogen wird (bei zwei o. mehreren Kindern bitte Bestätigung des FA über den Bezug der Familienbeihilfe beilegen)
Alleinverdienerin/Alleinverdiener <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Einkünfte der Antragstellerin/des Antragstellers im laufenden Kalenderjahr (Bitte aktuelle Lohn-, Gehalts-, Pensionsbestätigung und/oder Einkommenssteuer- bzw. Einheitswertbescheid beilegen)	
<input type="checkbox"/> Angestellte/Angestellter	<input type="checkbox"/> Selbständige/Selbständiger
<input type="checkbox"/> Arbeiterin/Arbeiter	<input type="checkbox"/> Landwirtin/Landwirt
<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> sonstig Veranlagte/Veranlagter
<input type="checkbox"/> Pensionistin/Pensionist	<input type="checkbox"/> sonstig Nichtveranlagte/Nichtveranlagter
(Bsp: Hausfrau/Hausmann (ausschließlich) Unfallrentenbezieher/in, Arbeitslose/r, usw.)	
Höhe des monatlichen und/oder jährlichen Nettoeinkommens (in EUR)	
Höhe der mtl. Unterhalts- und/oder Alimentationseinkünfte (in EUR)	



Bankverbindungen:

Steirische Raiffeisenbank Graz, Konto-Nummer: 4.426.300, BLZ: 38000

Österreichische Postsparkasse, Konto-Nummer: 7.266.366, BLZ: 60000

Angaben zur Ehepartnerin/zum Ehepartner, von dem Sie nicht dauernd getrennt leben oder zur Lebensgefährtin/zum Lebensgefährten

Familiennamen	
Vorname(n)	Geburtsdatum (TTMMJJJJ)

Einkünfte der Ehepartnerin/des Ehepartners (der Lebensgefährtin/des Lebensgefährten) im laufenden Kalenderjahr
(Bitte aktuelle Lohn-, Gehalts-, Pensionsbestätigung und/oder Einkommenssteuer- bzw. Einheitswertbescheid beilegen)

<input type="checkbox"/> Angestellte/Angestellter	<input type="checkbox"/> Selbständige/Selbständiger
<input type="checkbox"/> Arbeiterin/Arbeiter	<input type="checkbox"/> Landwirtin/Landwirt
<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> sonstig Veranlagte/Veranlagter
<input type="checkbox"/> Pensionistin/Pensionist	<input type="checkbox"/> sonstig Nichtveranlagte/Veranlagter

(Bsp: Hausfrau/Hausmann (ausschließlich)
Unfallrentenbezieher/in, Arbeitslose/r, usw.)

Höhe des monatlichen und/oder jährlichen Nettoeinkommens (in EUR)

Aktuelle Änderung der Einkommensverhältnisse
(Bezugsbestätigung/Nachweis bitte jeweils beilegen)

<input type="checkbox"/> Familienhospizkarenz	von:.....	bis:
<input type="checkbox"/> Verringerung des Einkommens um: €		ab:.....
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Bankverbindung (IBAN/BIC)	IBAN	BIC
------------------------------	------	-----

..... Datum Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Vom behandelnden Arzt auszufüllen:

Name der Patientin/des Patienten
Geburtsdatum(TTMMJJJJ):
erkrankt seit (TTMMJJJJ):
Diagnose:

..... Datum Unterschrift des Arztes