Antrag auf Hilfe vom Sozialfonds

An das

Gemeindeamt Kematen

Linzerstraße 30

4531 Kematen an der Krems

Ich beantrage eine Überbrückung aus den Mitteln des Sozialfonds der Gemeinde Kematen.

**Antragsteller/in**

Name: ………………………………………………………………………..........................

Geburtsdatum: …………………………………Familienstand:…………………………… Sozialversicherungsnummer:…………………..Krankenversicherung: ……………….

Staatsbürgerschaft: ………………………………………………………………………….

Adresse: …………………………………………………………………………..

Handynummer: …………………………………………………………………..

E-Mail: …………………………………………………………………………..

Höhe/Betrag: ……………………………………………………………………..

Bankverbindung – Bankinstitut:……………………………………………………………..

IBAN: ………………………….. …………. BIC……………………………………………..

Begründung:

|  |  |
| --- | --- |
| Beruf | erlernter Beruf  ausgeübter Beruf |
| Erwerbstätigkeit | Selbständig seit ………………………………………………….  Unselbständig  Arbeitgeber …………………………………………………..  arbeitslos seit ……………………………………………………  beim AMS gemeldet seit ………………………………………  in Karenz seit ……………………………………………………  im Krankenstand seit …………………………………………..  Arbeitsfähig, aber nicht vermittelbar, weil ……………………  …………………………………………………………………….. |
| Arbeitsunfähigkeit  (legen Sie Nachweise vor) | dauerhaft arbeitsunfähig, weil ………………………………….  eingeschränkt arbeitsfähig, weil ……………………………….  wegen Kinderbetreuung, seit …………………………  Pflege von Angehörigen, seit ………………….  vorübergehend aus sonstigen Gründen  …………………………………………………….    Pensionsantrag gestellt, am ……………………………………..  sonstige Gründe …………………………………………………. |

Im gemeinsamen Haushalt lebende Personen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Familien- und Vorname | Geburtsdatum | Verwandtschaft zum Antragsteller | Einkommen |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Finanzielle Situation

|  |  |
| --- | --- |
| Nettoeinkommen | auszahlende Stelle/ Arbeitgeber  ………………………………………………………….  12 x 14 x jährlich ……….. Euro |
| Leistungen des AMS | tägl. ……. … Euro |
| Sonstige Einkünfte | Pensionsleistungen mtl. ……….. Euro  Krankengeld mtl. ………… Euro  Kinderbetreuungsgeld mtl. ………… Euro  Unterhalt mtl. …………. Euro  Sonstiges mtl. …………. Euro |
| Familienbeihilfe | Ja Nein  Erhöhungsbeitrag Ja Nein |
| Wird Pflegegeld bezogen | Ja, Stufe Nein |

Wohnsituation

|  |  |
| --- | --- |
| Art der Unterkunft | Eigenheim, Eigentumswohnung, Mietwohnung, Untermiete, ohne Unterkunft, Sonstiges………….. |
| Größe der Unterkunft | ………… m² |
| Miete | monatlich …………….. Euro |
| Wird Wohnbeihilfe bezogen? | Ja, seit …………. ..mtl. ……….. ..Euro |
| Antrag auf Wohnbeihilfe gestellt? | Ja, am …………… …………………… |

--------------------------- ------------------------------

Ort, Datum Unterschrift

Erforderliche Unterlagen:

1. Einkommensnachweise (z. B. Lohnbestätigung der letzten drei Monate, AMS- Bestätigung, Pensionsbescheid, Unfallrente, Nachweis über Unterhaltsanspruch, Familienbeihilfe, Kinderbetreuungsgeld, Krankengeld, Abfertigung, Pflegegeldbezüge, Wohnbeihilfe (Bezug oder Antragstellung)

2. Vermögensnachweise (Kontoauszüge der letzten 6 Monate)

3. Mietvertrag und aktuelle Miet- und Betriebskostenvorschreibung

4. Nachweis über Arbeitsunfähigkeit (ärztliches Attest)