

Antrag auf Zuzahlung zu den Heimkosten

Referat für Angelegenheiten der Sozialhilfe
 Gruppe Anstalts- und Heimunterbringung
 Schmiedgasse 26, 2.OG. Zi. 254 | 8011 Graz
 Tel.: +43 316 872- 6350 | Fax: -6409

Hinweis: Bitte füllen Sie alle Felder korrekt aus. Die mit einem ★ gekennzeichneten Felder sind verpflichtend auszufüllen. Für alle Datumseingaben gilt das Format „TT.MM.JJJJ“.

Sie können das Formular direkt am Bildschirm ausfüllen und ausdrucken. Das fertig ausgefüllte Formular übermitteln Sie bitte an die oben angeführte Kontaktadresse.

1. Angaben zur Person des/der Antragstellers/in

Familienname ★ <input style="width: 90%;" type="text"/>	Akad. Grad ★ <input style="width: 90%;" type="text"/>
Vorname ★ <input style="width: 90%;" type="text"/>	Geschlecht ★ <input style="width: 90%;" type="text"/>
Versicherungs- Nr. ★ <input style="width: 90%;" type="text"/>	Geboren am ★ <input style="width: 90%;" type="text"/>
Staatsbürgerschaft <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Adresse ★ <input style="width: 90%;" type="text"/>	Haus-Nr. ★ <input style="width: 90%;" type="text"/>
Ort ★ <input style="width: 90%;" type="text"/>	PLZ ★ <input style="width: 90%;" type="text"/>
Telefon <input style="width: 90%;" type="text"/> Mobil <input style="width: 90%;" type="text"/>	Fax <input style="width: 90%;" type="text"/>
E-Mail <input style="width: 90%;" type="text"/>	

2. Name und Anschrift der Anstalt bzw. des Heimes

3. Erforderliche Beilagen

Eine **Hauptwohnsitzmeldung** in Graz ist Voraussetzung für die Antragsstellung.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis | <input type="checkbox"/> Scheidungsurteil |
| <input type="checkbox"/> Reisepass | <input type="checkbox"/> Übergabevertrag |
| <input type="checkbox"/> Daten u. Adresse des/der Gatten/in | <input type="checkbox"/> Schenkungsvertrag |
| <input type="checkbox"/> Daten u. Adresse der Kinder | <input type="checkbox"/> Sterbeversicherungsurkunde |
| <input type="checkbox"/> Daten u. Adresse der Eltern | <input type="checkbox"/> Nachweis über Alimentationsleistungen |

4. Bestätigung u. Unterschrift des/der Antragstellers/in

Mit meiner Unterschrift bestätige ich Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben

Ort Datum Unterschrift