



Antrag auf Ausgleichszulage

Versicherungsnummer	Name der Waise	Datum
---------------------	----------------	-------

I. Einkünfte der Waise in Geld oder Geldeswert ab _____

Art der Einkünfte	
1. Selbständige Erwerbstätigkeit in der Land(Forst)wirtschaft Bewirtschaftete Fläche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Größe in ha / Anschrift des Betriebes
2. Selbständige Erwerbstätigkeit im Gewerbe oder in einem freien Beruf. Bitte den letzten Einkommensteuerbescheid beilegen!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Art / Standort
3. Unselbständige Erwerbstätigkeit als Arbeiter/in, Angestellte/r, Beamter/Beamtin, Lehrling, Heimlehrling, Mitarbeiter/in im elterlichen Betrieb. Auch freie Dienstverträge und geringfügige Beschäftigungen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Arbeitgeber/in / Anschrift mtl. Bezug EUR
4. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Leistungen aus der Arbeitsmarktförderung, Teilzeitbeihilfe, Rehabilitationsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Krankenkasse / regionale Geschäftsstelle des AMS mtl. Bezug EUR
5. Ruhe(Versorgungs-)genuss, Pension aus einem Beamtenverhältnis, Abgeordnetenpension. Bitte einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Aktenzeichen / auszahlende Stelle mtl. Bezug EUR
6. Bezug nach dem Kriegsopfer-, Heeresversorgungs- oder Opferfürsorgegesetz. Bitte einen der letzten Zahlungsabschnitte beilegen!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Aktenzeichen / auszahlende Stelle mtl. Bezug EUR
7. Pensions- oder Rentenansprüche von jedem Unfall-, Pensions- oder ausländischen Versicherungsträger. Bitte für jeden Bezug den letzten Zahlungsabschnitt beilegen!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Aktenzeichen / auszahlende Stelle mtl. Bezug EUR
8. Sonstige Einkünfte (z.B. Ausgedinge, Leibrenten, Firmenpensionen, Bürgermeister/in-pension, Hinterbliebenenversorgung nach einem/einer Bürgermeister/in, Aufwandsentschädigungen, Provisionen, Vermögenszinsen, Bezüge als Funktionär/in, Einnahmen aus Zimmer- und Wohnungsvermietung, Vermietung von Ställen und Scheunen etc. für gewerbliche und sportliche Zwecke, Pachteinahmen aus Grundflächen, Pachteinahmen aus Campingplätzen, Alimente, Unterhaltsleistungen, Einkünfte aus Agrargemeinschaften, usw.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Art
	EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.
	Art
	EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.
EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> jährl.	

Zutreffendes bitte ankreuzen

II. Gemeinsamer Haushalt mit einem leiblichen Elternteil; Unterhaltsansprüche

1. Mit welchem leiblichen Elternteil lebt die Waise im gemeinsamen Haushalt?				
Name des Elternteiles	Geburtsdatum	Einkommen des Elternteiles		
		auszahlende Stelle	Betrag EUR	
2. Hat dieser leibliche Elternteil weitere Kinder zu erhalten?				
Name der Kinder	Geburtsdatum	ehelich, unehelich, Wahl-, Stiefkind	Eigenes Einkommen der Kinder	
			auszahlende Stelle	Betrag EUR
3. Einkünfte des Ehepartners/der Ehepartnerin / des eingetragenen Partners/der eingetragenen Partnerin der Waise – auch wenn die Ehe geschieden bzw. die eingetragene Partnerschaft aufgelöst wurde:				
Name	Geburtsdatum	Ehe/eingetragene Partnerschaft aufrecht	gemeinsamer Haushalt	Anschrift
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Auszahlende Stelle			Einkommen EUR	<input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/>
Kein Einkommen, da			jährl.	

Hinweis auf die Meldevorschriften

Die Zahlungsempfänger sind verpflichtet, jede Änderung in den für den Fortbestand der Bezugsberechtigung maßgebenden Verhältnissen zum ehest möglichen Zeitpunkt, längstens jedoch binnen zwei Wochen, der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen zu melden. Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit oder eine Änderung in der Höhe des Erwerbseinkommens ist innerhalb von 7 Tagen bekannt zu geben.

Die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen muss Überbezüge, die durch Verletzung der Meldevorschriften entstehen, zurückfordern. Beachten Sie daher in Ihrem eigenen Interesse die Meldevorschriften.

Ich erkläre, die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht und nichts verschwiegen zu haben und nehme zur Kenntnis, dass unwahre Angaben, die zu einer ungerechtfertigten Leistungsgewährung führen, strafrechtlich verfolgt werden.

Ort und Datum

Unterschrift

Nur für interne Vermerke	<input type="checkbox"/> Überprüfung notwendig	<input type="checkbox"/> Keine weitere Veranlassung	Festgestellt:	Geprüft:

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter www.svs.at/vvt.