



--

Sozialunterstützung

Sozialfonds für Kaltenleutgebner/innen in Not

- Soforthilfe
- Rückzahlbare Überbrückungshilfe (zB: bei Sterbefall des Partners)

Benötigte Angaben: (diese werden DSGVO-konform gespeichert und keinesfalls an Dritte weitergegeben)

Persönliche Daten

Nachname:
Vorname:
Adresse:
Tel. Nr.:
E-Mail:
Geb. -Datum:
Familienstand:

IBAN und BIC

Kontoinhaber/in:
IBAN:
BIC:

Beruf

Berufstätigkeit:
Nettoeinkommen monatlich:
Arbeitgeber:

Familie

Ehegatte/in, Mitbewohner/in
Nachname:
Vorname:
Geb. -Datum:
Kinder
Nachname und Vorname:
Geburtsdatum:
Kind lebt mit dem/der Antragsteller/in im gemeinsamen Haushalt:

Kinder
Nachname und Vorname:
Geburtsdatum:
Kind lebt mit dem/der Antragsteller/in im gemeinsamen Haushalt:
Nachname und Vorname:
Geburtsdatum:
Kind lebt mit dem/der Antragsteller/in im gemeinsamen Haushalt:

Beschreibung der Notlage:

Worin soll die Hilfe bestehen?

Benötigte Höhe der Unterstützung:
_____ € (max. 3.000,-)

Informationen

Vorraussetzungen

- 6 Monate HWS in Kaltenleutgeben

Hinweis

- Es handelt sich dabei um eine freiwillige Leistung der Gemeinde Kaltenleutgeben und es besteht somit kein Rechtsanspruch.
- Die Gemeinde behält sich vor zur besseren Überprüfung der Notwendigkeit weitere Unterlagen (z. B. Einkommensnachweis, Mietvertrag etc.) einzuholen.

Datenschutz

1. Ich nehme die Vergabe- und Verwaltungsrichtlinien des Sozialfonds der Marktgemeinde Kaltenleutgeben zur Kenntnis und verpflichte mich, die Unterstützung zurückzuzahlen, falls ich diese unrechtmäßig bezogen habe.
2. Weiters nehme ich mit meiner Unterschrift zur Kenntnis, dass die Unterstützung der Marktgemeinde Kaltenleutgeben eine freiwillige Leistung darstellt und ich keinen Rechtsanspruch darauf habe.
3. Bei missbräuchlicher Inanspruchnahme bzw. Verwendung dieser Unterstützung verpflichte ich mich die Marktgemeinde Kaltenleutgeben schad- und klaglos zu halten.
4. Ich stimme zu, dass die Marktgemeinde Kaltenleutgeben über mich und sonstige im Antrag genannten Personen, soweit diese zur Erledigung des von mir gestellten Ansuchens um eine Unterstützung aus dem Sozialfonds der Marktgemeinde Kaltenleutgeben notwendig sind, bei den jeweils zuständigen Stellen und Personen, Behörden, Ämtern, Körperschaften des öffentlichen Rechts, Organisationen, Instituten, karitativen Vereinen, Krankenanstalten, Ärzten, Dienstgebern und sonstigen Personen einholt.
5. Ich stimme außerdem zu, dass eine finanzielle Unterstützung in Form von „Gutscheinen“ oder auch an Dritte (Vermieter, Stromlieferanten etc.) ausgezahlt werden kann.
6. Ich stimme der automationsunterstützten Verarbeitung und Übermittlung meiner Daten (inkl. der Daten aus Unterlagen und Bestätigungen) im Sinne der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes für Zwecke der genannten Unterstützung zu.

Kaltenleutgeben, am _____
Datum

Unterschrift