



Antrag auf Aushilfe

einsenden an: Pharmazeutische Gehaltskasse für Österreich
Spitalgasse 31, 1090 Wien; FAX: (01) 404 14 / 249
telefonische Rückfragen: (01) 404 14 / 222

www.gehaltskasse.at
office@gk.or.at
DVR 0075868

Familien- und Vorname

Geburtsdatum

Ich ersuche um Zuerkennung der Aushilfe

Zuerkennung der Aushilfe ab

da

meine Mutter

mein Vater

meine Mutter und mein Vater

mit mir im gemeinsamen Haushalt lebt (leben) und von mir versorgt wird (werden).

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

von der Mutter bzw vom Vater auszufüllen, wenn diese(r) im gemeinsamen Haushalt mit der Antragstellerin (dem Antragsteller) lebt

Mutter

Vater

Familien- und Vorname (in Blockschrift)

Familien- und Vorname (in Blockschrift)

Geburtsdatum

Familienstand

Geburtsdatum

Familienstand

Anschrift

Anschrift

Höhe des **gesamten** monatlichen Einkommens

Höhe des **gesamten** monatlichen Einkommens

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift mit meinem Kind
im gemeinsamen Haushalt zu leben und keine weiteren
Einkünfte zu beziehen:**

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift mit meinem Kind
im gemeinsamen Haushalt zu leben und keine weiteren
Einkünfte zu beziehen:**

.....
Unterschrift der Mutter

.....
Unterschrift des Vaters

**dem Ansuchen liegen bei: aktuelle Meldebestätigung der Mutter (des Vaters)
Einkommensnachweise der Mutter (des Vaters)**