

**ANTRAGSFORMULAR
MUTTERSCHUTZ / KARENZ**

Titel, Vorname, Name

Postzustelladresse:

Straße

PLZ, Ort

Private Telefonnummer und E-Mail

An den
Wohlfahrtsfonds der
Ärztelammer für Niederösterreich
Wipplingerstraße 2
1010 WIEN

Übermittlung des Antrages gerne auch per Fax (01/53751-19) oder E-Mail (wff@arztnoe.at).

A N T R A G

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit stelle ich den Antrag auf Ermäßigung meiner Wohlfahrtsfondsbeiträge infolge meines/meiner

- Mutterschutzes gemäß §§ 3 und 5 Mutterschutzgesetz
Sollten Sie rein niedergelassene Ärztin sein, ersuchen wir um Angabe, in welchem Zeitraum die ärztliche Tätigkeit vorübergehend eingestellt wird/wurde:

- Karenz infolge Mutterschutzes
- Papamonats
- Väter-Karenz

Datum

Antragsteller

Bitte beachten Sie auch den Hinweis auf der 2. Seite.



Hinweis

Meinem Antrag sind die aktuellen **Nachweise** (Mutter-Kind-Pass, ggf. amtsärztliche Bestätigung, Geburtsurkunde, Bestätigung des Dienstgebers/Bestätigung über den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes) beigegeben.

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Beitragsermäßigung gemäß § 17 der Satzung des Wohlfahrtsfonds eine aliquote **Leistungsreduktion** zur Folge hat. Das bedeutet, dass im Ermäßigungszeitraum als einzige Unterstützungsleistung die Krankenunterstützung für die Dauer des Mutterschutzes in Anspruch genommen werden kann.

Entsprechend § 26 Abs. 2 der Satzung des Wohlfahrtsfonds erwerben WFF-Mitglieder für die Dauer des Mutterschutzes, der Karenz oder der Väter-Karenz trotz Ermäßigung der WFF-Beitragspflicht in der Grundrente 50% des jährlich durchschnittlichen Leistungsanspruches der Mitgliedschaft.