

ANTRAGSFOMULAR  
ARBEITSLOSIGKEIT

*Übermittlung des Antrages an den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich,  
Wipplingerstraße 2, 1010 Wien oder per E-Mail ( wff@arztnoe.at )*

---

Titel, Vorname, Name

**Postzustelladresse:**

---

Straße

---

Persönliche Telefonnummer

---

PLZ, Ort

---

Persönliche E-Mail-Adresse

**A N T R A G**

Da ich von/ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Ende der Arbeitslosigkeit, sofern absehbar) beim AMS als arbeitssuchend gemeldet bin, ersuche ich um 100% Ermäßigung meiner Wohlfahrtsfondsbeiträge.

Diesem Antrag ist eine Bestätigung des AMS über das Vorliegen des Ermäßigungsgrundes angeschlossen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Beitragsermäßigung gemäß § 17 der Satzung des Wohlfahrtsfonds eine aliquote **Leistungsreduktion** zur Folge hat. In den max. ersten sechs Monaten erfolgt eine Aufnahme in den Solidaritätsfonds, wodurch Anspruch in folgenden Bereichen besteht: Krankenunterstützung, Bestattungsbeihilfe, Hinterbliebenenunterstützung sowie Notstandsfonds

---

Datum

---

Unterschrift

