

ANTRAGSFORMULAR
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

