

KOBV - Der Behindertenverband

Kriegsopfer- und Behindertenverband
für Wien, Niederösterreich und Burgenland
1080 Wien, Lange Gasse 53
ZVR-Zahl: 86 81 48 653

Wünschen Sie
VOLLPENSION *)
HALBPENSION *)

ANMELDUNG

für einen Erholungsaufenthalt im verbandseigenen Erholungshaus
oder einem Erholungshaus eines anderen Landesverbandes

Gruppe LOT-Austria von 31. August – 7. September 2015

Vor- und Zuname: Telefon:

Anschrift:

geboren am:

Bemessungszahl / Versicherungsnummer bei Behinderten:

Kriegsbeschädigter Kriegerwitwe Elternrentner Behinderter *)

Rollstuhlfahrer/in schwer gehbehindert Einbettzimmer Doppelzimmer *)

Wünschen Sie die Teilnahme eines Familienangehörigen bzw. im gleichen Haushalt lebenden Lebensgefährten?

Vor- und Zuname: geboren am:

Anschrift:

Verwandtschaftsverhältnis:

Wo wünschen Sie den Erholungsaufenthalt zu verbringen?

a) Friedrich Karrer-Haus, Freiland *)

b) Andere Landesverbände:

In welcher Zeit wünschen Sie den Erholungsaufenthalt zu verbringen?

Von: bis:

Name und Anschrift des nächsten Angehörigen:

..... Telefon:

Letzter Erholungsaufenthalt in einem Erholungshaus:

a) des KOBV im Jahre _____ in

b) eines anderen Landesverbandes im Jahre _____ in

c) im Ausland im Jahre _____ in

*) Bitte Zutreffendes ankreuzen!

**Einkommensangaben
(monatliche Bezüge)**

A) des Mitgliedes

**B) des Familien
angehörigen:**

- a) vom Bundessozialamt
ohne Grundrente, Blinden- bzw. Pflegezulage € €
- b) von der Pensionsversicherungsanstalt
ohne Pflegegeld € €
- c) von einer anderen Pensionsstelle € €
- d) Einkommen aus einem Arbeitsverhältnis € €
- e) Sonstiges Einkommen € €
- f) Höhe des Einheitswertes des land- und forst-
wirtschaftlichen Besitzes lt. Einheitswertbescheid
vom Zahl € €

Jeder Anmeldung sind Einkommensnachweise in Kopie beizulegen!

Es handelt sich bei unseren Einrichtungen um Erholungshäuser und um keine Pflegeheime. Da kein Pflegepersonal zur Verfügung steht, können pflegebedürftige Personen nur aufgenommen werden, wenn eine Begleitperson mitfährt!

Ich nehme zur Kenntnis, dass unrichtige Angaben die Gewährung eines Kostenzuschusses durch den Kriegsopfer- und Behindertenverband ausschließen.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Von der Untergruppe auszufüllen!

Der Antragsteller ist V/E Zahler

.....

Bemessungszahl des Bundessozialamtes:

.....

Bei Behinderten - Versicherungsnummer

.....

Stampiglie der Untergruppe:

.....
Obmann

.....
Schriftführer

**VERBANDSVERMERK
Kostenbeitragsrechnung**

Einkommen €

ab FB €

Berechnungsgrundlage €

Tage: pro Tag €

Tagsatz	Ermäßigung	Kostenbeitrag
---------	------------	---------------

€	€	€
---------	---------	---------

€	€	€
---------	---------	---------

€	€	<u>€</u>
---------	---------	----------------

Vorzuschreibender
Kostenbeitrag €