

Antrag auf Bewilligung von Leistungen für Kinder

Zutreffendes bitte ankreuzen

Versicherte/r	Familien- und Vorname/n	Versicherungsnummer		
		Lfd.Nr.	Geb.-Datum	
			Tag	Mon.
Wohnsitzadresse				

Kind/er	Verwandtschaftsverhältnis oder Angehörigeneigenschaft zur/zum Versicherten:		
	eheliche/s Kind/er	Stiefkind/er	Pflegekind/er
	uneheliche/s Kind/er	Wahlkind/er	Enkel
Uneheliche/s Kind/er eines männlichen Versicherten:			
Wurde die Vaterschaft anerkannt oder festgestellt? ja nein			
Behörde, Geschäftszahl und Ausstellungsdatum der Urkunde/n:			

Nähere Angaben zum	1. Kind	2. Kind	3. Kind
Familien- und Vorname/n			
Geburtsdatum oder Versicherungsnummer			
Staatsangehörigkeit			
Wohnsitzadresse (wenn das Kind nicht im gemeinsamen Haushalt lebt)			
Eigene Krankenversicherung (wenn ja, Krankenkasse angeben)			

Nur für Stiefkinder und Enkel zu beantworten!

Das Kind/die Kinder lebt/leben ständig in häuslicher Gemeinschaft mit der/dem Versicherten

Wenn nein, Grund: ja nein

Nur für Pflegekinder zu beantworten!

Wird das Pflegekind/Werden die Pflegekinder unentgeltlich verpflegt? ja nein

Hat das Pflegekind/Haben die Pflegekinder ein eigenes Einkommen oder wird für das Kind/die Kinder ein Unterhaltsbeitrag (eigene Pension) gewährt? ja nein

Wenn ja, von wem (wo)? EUR pro Monat

Beruhet das Pflegeverhältnis auf einer behördlichen Bewilligung? ja nein

Wenn ja, Behörde, Geschäftszahl und Ausstellungsdatum der Urkunde/n:

