

# FÖRDERUNG



aus dem **SOZIALSPARBUCH** der  
**MARKTGEMEINDE ST. OSWALD BEI FREISTADT**

Marktgemeindeamt St.Oswald b.Fr.  
Markt 80  
4271 St.Oswald b.Fr.

Familienname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Hauptwohnsitz in 4271 St.Oswald b.Fr.

Straße \_\_\_\_\_

Tel.Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## Ansuchen um

- Ankauf von notwendigen unterstützenden medizinischen Heilbehelfen
- Überbrückungshilfe
- Sonstiges

**Beschreibung warum eine Förderung/Überbrückungshilfe beantragt wird:**

Überweisung der Förderung/Überbrückungshilfe an:

Bankinstitut \_\_\_\_\_

Kontoinhaber/in \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

### Nur für **Überbrückungshilfe**:

Ich wünsche eine Ratenzahlung, aufgeteilt auf \_\_\_\_\_ Monate.

Ich kann die Überbrückungshilfe auf einmal bis \_\_\_\_\_ zurückzahlen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

### **Verpflichtungserklärung**

Ich habe die Richtlinien für die Förderung aus dem Sozialtopf gelesen und verpflichte mich für den Fall einer Gewährung einer Förderung bzw. Überbrückungshilfe diese Richtlinien vollinhaltlich und verbindlich anzuerkennen.

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine im Förderungsansuchen enthaltenen personenbezogenen Daten für die Abwicklung, Kontrolle und Förderung des Ansuchens automationsunterstützt verarbeitet werden dürfen (Datenschutzgesetz 2000, BGBl. I Nr. 165/1999 idgF).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

\_\_ Beilagen