

Name:

Straße Nr.:

PLZ Ort:

Datum

Ärzttekammer für Steiermark
Wohlfahrtsfonds
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

F. 0316-8044-136
wff@aekstmk.or.at

Antrag auf Zuerkennung des Wochengeldes für angestellte (Zahn)Ärztinnen

gemäß § 28b Abs. 1 der Satzungen des Wohlfahrtsfonds

Beginn des Mutterschutzes:

- ☐ vorzeitiger Mutterschutz seit:
- ☐ gesetzlicher Mutterschutzes seit:

Dienstverhältnis:

- ☐ besteht weiterhin bei:
- ☐ wird beendet mit:

SV-Nr.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geb. Datum

Tag Monat Jahr

Meine Bankverbindung: IBAN:

.....
Unterschrift

Beilagen:

- bei vorzeitigem Mutterschutz: Bestätigung durch Amtsarzt oder niedergelassenen Facharzt
- Kopie des Mutter-Kind-Passes mit dem voraussichtlichen Geburtstermin
- ev. Bestätigung über Frühgeburt, Mehrlingsgeburt oder Sectio
- Mitteilung der Sozialversicherung über den Leistungsanspruch nach dem Kinderbetreuungsgeldgesetz
- Geburtsurkunde

Hinweis: Antragstellung innerhalb von 24 Wochen ab Beginn des Mutterschutzes.