

Einkommensklasse

Antrag

Nummer  / Gesamt

## ANTRAG auf Gewährung einer freiwilligen sozialen Zuwendung (Kinderunterbringung - steuerfrei)

**NAME:**

**PERSONALNUMMER:**

Optional: Tel.Nr. privat:

e-mail privat:

Beschäftigt als:

Betriebsratszugehörigkeit:

- Hauptstelle 
  Landesstelle 
  UKH 
  RZ: \* 
 AV 
  AE Absetzbetrag:  ja  nein \*  
 AV/AE wird bei ANVL beantragt:  ja  nein \*

Eintritt in die AUVA am:

- verh. 
  Lebensgem. 
  led. 
  gesch. 
  verw.\*

Ich stelle den Antrag auf Gewährung eines Zuschusses, da mein Kind

geb.  
am

in folgendem Zeitraum und durch folgende Einrichtung betreut wird oder wurde.

Zeitraum von/bis

Betreuungseinrichtung \*)

- KG  KST  TH  TM  SOM  
 KG  KST  TH  TM  SOM

Sonstiges:

KG: Kindergarten KST: Krabbelstube TH: Tageshort TM: Tagesmutter SOM: Sommerbetreuung

Folgende Unterlagen lege ich bei: \*

- Besuchsbestätigung mittels ZBR Formular (ZBR-6A-08/2024e bzw. ZBR-6B-08/2024e von Einrichtung bzw. MA:in auszufüllen) oder Bestätigung der Betreuungseinrichtung für den/die oben angeführten Zeitraum oder Zeiträume\*\*
- Mitteilung über den Bezug der Familienbeihilfe vom Finanzamt\*\*
- Alle Rechnungen (entweder Kostenaufstellungsformular, separate Rechnungen oder Verträge) der Kinderbetreuungseinrichtung und alle Zahlungsbestätigungen (Kontoauszüge)\*\*
- Formular L 35\*\*
- Gehaltsbestätigung der:des Ehegatten: in bzw. des:der Lebenspartners: in (Gehaltszettel vom Oktober des lfd. Jahres) \*\*\*
- Gehaltsbestätigung (Gehaltszettel vom Oktober des lfd. Jahres) \*\*

Ich nehme zur Kenntnis, dass es sich bei dieser Zuwendung um eine freiwillige Leistung handelt, deren Höhe nach den autonomen Richtlinien des Zentralbetriebsrates in der jeweils gültigen Fassung bemessen wird und der Lohnversteuerung unterliegt.

Missbrauch kann zum Ausschluss von Sozialfondsmittel führen.

Datum:



Unterschrift Antragsteller:in

Der Antrag wurde vom Betriebsrat überprüft und mit Befürwortung an den Zentralbetriebsrat weitergeleitet.

Datum:



Unterschrift und Stampiglie Betriebsrat

### Beschluss

Dem:der Kollegen: in wird ein Zuschuss in der Höhe von €  aus dem Sozialfonds für das Jahr 2024 gewährt.

Datum:



Unterschrift und Stampiglie Zentralbetriebsrat

* Zutreffendes bitte ankreuzen	** verpflichtend beizulegen	*** optional, wenn nicht beigelegt, dann ist die Einkommensklasse IV die Berechnungsgrundlage
AV: Alleinverdiener	AE: Alleinerhalter	ANVL: Arbeitnehmerveranlagung

