

Einkommensklasse

Antrag Nummer / Gesamt

ANTRAG auf Gewährung einer freiwilligen sozialen Zuwendung (Kinderunterbringung - steuerpflichtig)

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.

<u>Zeitraum von/bis</u>	<u>Betreuungseinrichtung *)</u>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KST <input type="checkbox"/> TH <input type="checkbox"/> INT <input type="checkbox"/> TM <input type="checkbox"/> SOM <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KST <input type="checkbox"/> TH <input type="checkbox"/> INT <input type="checkbox"/> TM <input type="checkbox"/> SOM Sonstiges: <input type="text"/>

KG: Kindergarten KST: Krabbelstube TH: Tageshort INT: Internat 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**
- Zahlungsnachweis (Konto-oder E-Banking-Auszug, Einzugsermächtigung oder Abbuchungsauftrag, Rechnungsbeleg)**
- Gehaltsbestätigung der:des Ehegatten: in bzw. des:der Lebenspartners: n (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