

Absender:

Mitglieds-Nr.:

Adresse:

(zahn)ärztliche Tätigkeit(en): ☐ Dienstverhältnis(se) ☐ Werkverträge/Honorartätigkeiten ☐ Ordination(en)Alter: Familienstand: L / V / G / W Anzahl unversorgter Kinder: Alleinverdiener/-erzieher ☐

Ärztchammer für OÖ
Verwaltungsausschuss
Dinghoferstraße 4
4010 Linz

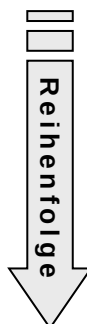
Datum: _____

E-mail: wfk@aekoee.at

Ansuchen um Reduktion der Beiträge zur Wohlfahrtskasse

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ich ersuche um Reduktion meiner Beiträge zur:



		Datum ab – bis
1.	☐ Notstandshilfe (§ 10 Abs. 2)	
2.	☐ Zusatzversorgung	
3.	☐ Grundversorgung	
4.	☐ Todesfallbeihilfe oder ☐ 50 % Ermäßigung (nach 35. Lj. auf Dauer)	
5.	☐ Krankengeldhilfe (mind. 12 Monate)	
6.	☐ Krankenpflegehilfe Angehörige (mind. 12 Monate)	
7.	☐ Krankenpflegehilfe Mitglied (mind. 12 Monate)	

☐ Nach § 109 des Ärztegesetzes auf 18 % meiner Bruttoeinnahmen (abzüglich der Zulagen und Zuschläge im Sinne des § 67 und § 68 EStG).

☐ Nach den Richtlinien des Verwaltungsausschusses (max. 11,76 %) – **unter Beachtung der vorgegebenen Reihenfolge (Reihenfolge-Pfeil) gemäß obiger Nummerierung** – aufgrund vorhandener außergewöhnlicher Belastungen durch:

- ☐ (geplante) Praxisgründung ☐ Aufwendungen für Wohnraumschaffung
☐ erhöhte Ausbildungskosten ☐ Doppelwohnsitz wegen Dienort
☐

☐ Nach § 112 des Ärztegesetzes aufgrund

- ☐ eines unkündbaren Dienstverhältnisses mit gleichwertigem Versorgungsanspruch.
☐ der Zugehörigkeit zum Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für

Mir ist bekannt, dass bei Bewilligung Ansprüche auf Leistungen gekürzt oder ausgeschlossen werden.

Kollegiale Grüße

(Unterschrift)

Beilagen (Kopien)

Je nach Tätigkeit/en: Lohnzettel (inkl. abgerechneter Überstunden und Dienste), Sondergebühren, sonst. Honorare, E/A-Rechnung oder E1a bzw. Pragmat.-Urkunde oder Mitgliedschaftsbestätigung des anderen Versorgungswerks!

Rückseite nur verwenden, falls noch keine Nachweise beigelegt werden können!

Erklärung der Einnahmen bzw. des Einkommens aus (zahn)ärztlicher/n Tätigkeit/en

Ich erkläre wahrheitsgemäß, dass noch keine Einkommensunterlagen vorliegen und eingesandt werden können, bzw. die mit diesem Ansuchen zwingend eingesandten jüngsten Einkommensnachweise meine aktuelle und geänderte Beschäftigungs- bzw. Einkommenssituation nicht widerspiegeln.

Ich kann weder (vorläufige) Dienstverträge, Arbeits- und Entgeltbestätigungen, Kranken-/Wohngeldbestätigungen, Einnahmen-/Ausgabenrechnungen, Bilanzen oder Prognoserechnungen etwa für die Einkommensteuervorauszahlungen vorlegen.

Folgende Bemessungsgrundlagen ersuche ich daher vorerst zu berücksichtigen:

(Ergänzen bzw. berichtigen müssen Sie nur jene Einkünfte, die von den übermittelten Nachweisen wesentlich abweichen werden bzw. noch nicht nachgewiesen werden können.)

Unselbständige Beschäftigung(en)	
Monatliches Bruttogrundgehalt (bei mehreren gleichzeitigen Beschäftigungen in Summe)	€
Monatliche Bruttobezüge (inkl. Zulagen, Zuschläge und sonstige Vergütungen in Summe)	€
Monatliche Arzthonorare lohnversteuert (Poolgelder, Ambulanzgelder oder sonstige Bezüge in Summe)	€
Monatliche Arzthonorare einkommensteuerpflichtig (Sondergebühren, Solidaritätsfonds oder sonstige Honorare in Summe)	€
Krankengeld (brutto), Wohngeld (netto)	€

Freiberufliche/Selbständige Tätigkeit(en)	
Erträge/Betriebseinnahmen (Ordination, Vertretungen, Gutachten, Bereitschaftsdienste, sonstige ärztl. Einnahmen)	€ ☐ / Monat ☐ / Jahr
Gewinn/Verlust aus (zahn)ärztlicher/n Tätigkeit/en	€ ☐ / Monat ☐ / Jahr
SVA-Beitragsvorschreibung (aktuelle Vorschreibung inkl. evt. Beitragsnachbelastungen)	€ / Quartal

Ich verpflichte mich, die ersten möglichen Nachweise unaufgefordert und unverzüglich an die Wohlfahrtskasse zu senden und nehme zur Kenntnis, dass es nach Vorlage der endgültigen Einkommensnachweise zu Beitragskorrekturen kommen wird.

Datum

Unterschrift