

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

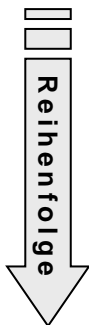
Datum: \_\_\_\_\_

E-mail: wfk@aekooe.at

### Ansuchen um Reduktion der Beiträge zur Wohlfahrtskasse

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ich ersuche um Reduktion meiner Beiträge zur:



		Datum ab – bis
1.	<input type="radio"/> Notstandshilfe (§ 10 Abs. 2)	
2.	<input type="radio"/> Zusatzversorgung	
3.	<input type="radio"/> Grundversorgung	
4.	<input type="radio"/> Todesfallbeihilfe oder <input type="radio"/> 50 % Ermäßigung (nach 35. Lj. auf Dauer)	
5.	<input type="radio"/> Krankengeldhilfe (mind. 12 Monate)	
6.	<input type="radio"/> Krankenpflegehilfe Angehörige (mind. 12 Monate)	
7.	<input type="radio"/> 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)** gemäß obiger Nummerierung – aufgrund vorhandener außergewöhnlicher Belastungen durch:

- (geplante) Praxisgründung
- erhöhte Ausbildungskosten
- Aufwendungen für Wohnraumschaffung
- 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.)

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

<b>Freiberufliche/Selbständige Tätigkeit(en)</b>	
<b>Erträge/Betriebseinnahmen</b> (Ordination, Vertretungen, Gutachten, Bereitschaftsdienste, sonstige ärztl. Einnahmen)	€ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> / Monat <input type="checkbox"/> / Jahr</span>
<b>Gewinn/Verlust</b> aus (zahn)ärztlicher/n Tätigkeit/en	€ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> / Monat <input type="checkbox"/> / Jahr</span>
<b>SVA-Beitragsvorschreibung</b> <small>(aktuelle Vorschreibung inkl. evt. Beitragsnachbelastungen)</small>	€ <span style="float: right;">/ Quartal</span>

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