

# KOBV – Der Behindertenverband

1080 WIEN  
LANGE GASSE 53

ZVR-Zahl: 86 81 48 653

TEL.: 01/406 15 86 – 0  
E-MAIL: kobv@kobv.at

Stand: 01/2017

## ! ACHTUNG !

**Antrag nur für Witwen nach Kriegsbeschädigten  
sowie für Waisen, die einen Versorgungsanspruch nach dem KOVG haben.**

Bezirks-/Ortsgruppe: \_\_\_\_\_

**Dem Antrag sind beizuschließen:**

- a) Sterbeurkunde
- b) saldierte Bestattungskostenrechnung

## Ansuchen um Gewährung einer Sterbefallunterstützung

Nach- und Vorname des verstorbenen Mitgliedes: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ gestorben am: \_\_\_\_\_ Bem.Zl.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Antragsteller (Witwe / Waise): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Summe der Bestattungskosten: € \_\_\_\_\_

### ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

Ich wurde darüber informiert, dass der KOBV–Der Behindertenverband für die Sterbefallunterstützung Fördermittel erhält. Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine oben genannten Daten verarbeitet und zum Zwecke der Überprüfung der Verwendung der Fördermittel an den Fördergeber weitergegeben werden.

Ich wurde auch darüber aufgeklärt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann. Für den Fall des Widerrufs verpflichte ich mich, die erhaltene Sterbefallunterstützung an den KOBV-Der Behindertenverband zurück zu bezahlen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

**Vom Antragsteller nicht auszufüllen!**

Unterlagen an Sozialrechtsabteilung am: \_\_\_\_\_

Lt. Sterbeurkunde Standesamt: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_ verstorben.

Höhe der Bestattungskosten lt. Rechnung vom: \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Für die Sozialrechtsabteilung:

**VERMERK:**

Bewilligt: € \_\_\_\_\_

Abgelehnt, weil \_\_\_\_\_

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

**KASSA:**

Am \_\_\_\_\_ mittels Sammelanweisung angewiesen.

Am \_\_\_\_\_ bar ausbezahlt.