

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: 02/2025

! 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:in (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 Antragsteller:in

Von der Antragstellerin/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.