

# ANTRAG FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

## Persönliche Daten

Familienname

Vorname

Personalnummer

Telefonnummer

Dienststelle

E-Mail

Wohnanschrift

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Bankverbindung/IBAN

□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
------	------	------	------	------

Ich ersuche um finanzielle Unterstützung für folgenden Anlassfall (zutreffendes bitte ankreuzen):

- |                                                                                                           |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Naturkatastrophe                                                                 | <input type="checkbox"/> Todesfall (kann nur von aktiven Mitarbeiter*innen eingereicht werden) |
| <input type="checkbox"/> Medizinisch notwendige Zahnsanierungen oder kieferorthopädische Zahnbehandlungen |                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Medizinisch notwendige Augen Laser Operation                                     | <input type="checkbox"/> Medizinisch verordnete Kontaktlinsen                                  |
| <input type="checkbox"/> Medizinisch verordnete optische Brillen                                          | <input type="checkbox"/> Krankheitskosten                                                      |
| <input type="checkbox"/> Kinderbonus für aktive Mitarbeiter*innen                                         | <input type="checkbox"/> RAINBOWS Behandlungen                                                 |
| <input type="checkbox"/> Hörgeräte                                                                        | <input type="checkbox"/> Burn Out Beratung und/oder Burn Out Behandlung durch Expert*innen*    |

Anzahl der Beilagen \_\_\_\_

Den Anträgen sind nur Belege beizuschließen, die ab dem Antragsdatum nicht älter als ein Jahr sind.  
Nicht genannte Anlassfälle werden nicht finanziell unterstützt.

- EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG GEMÄSS DSGVO** Bitte beachten Sie, dass ohne Ihre Einwilligungserklärung(en) keine Bearbeitung vorgenommen werden kann.  
Ich erteile hiermit meine Einwilligung zur Verwendung meiner personenbezogenen Daten (Titel, Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Adresse, Personalnummer, Kinderzulage / Kinderzuschuss, Familienstand, Ausmaß Ihres Rabattes zur Gewährung einer finanziellen Unterstützung und ob Sie Alleinverdiener bzw. Alleinerhalter sind) durch den Verein post.sozial, eine Wohlfahrtseinrichtung der Österreichische Post AG, zum Zweck der Abklärung meiner allfälligen Ansprüche gegenüber dem Verein post.sozial sowie zur Prüfung einer Gewährung meines Antrages auf finanzielle Unterstützung.  
Diese Einwilligung kann jederzeit telefonisch unter der Telefonnummer 0810 977779, per E-Mail an post.sozial@post.at sowie schriftlich unter der postalischen Adresse: Verein post.sozial, Erzherzog Karl Straße 131-133, 1220 Wien widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

- Ich erteile meine ausdrückliche Zustimmung, dass die Personalvertretung über das Ergebnis meines Antrags um Gewährung einer finanziellen Unterstützung informiert wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte übermitteln Sie Ihren ausgefertigten Antrag mit allen erforderlichen Beilagen direkt auf dem Postweg an post.sozial, Erzherzog-Karl Straße 131 - 133, Postfach 2, 1220 Wien, mittels Fax an +43 1 400 229 266 per E-Mail als Scan an post.sozial@post.at.  
Finanzielle Unterstützungen sind freiwillige, jederzeit widerrufliche Leistungen des Vereins post.sozial, auf die kein Rechtsanspruch besteht. Die jederzeitige Änderung dieser Leistungen bleibt vorbehalten.