

## ANTRAGSFORMULAR MUTTERSCHUTZ / KARENZ

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

An den  
Wohlfahrtsfonds der  
Ärztelammer für Niederösterreich  
Wipplingerstraße 2  
1010 WIEN

*Übermittlung des Antrages gerne auch per Fax (01/53751-19) oder E-Mail ( wff@arztnoe.at ).*

### ANTRAG

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hiermit stelle ich den Antrag auf Ermäßigung meiner Wohlfahrtsfondsbeiträge infolge meines/meiner

- Mutterschutzes gemäß §§ 3 und 5 Mutterschutzgesetz  
Sollten Sie Wohnsitzärztin oder rein niedergelassene Ärztin sein, ersuchen wir um Angabe, in welchem Zeitraum die ärztliche Tätigkeit eingestellt wird/wurde:

- \_\_\_\_\_  
 Karenz infolge Mutterschutzes  
 Väter-Karenz

Meinem Antrag sind die aktuellen **Nachweise** (Mutter-Kind-Pass, ggf. amtsärztliche Bestätigung, Geburtsurkunde, Bestätigung des Dienstgebers/Bestätigung über den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes) beigegeschlossen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Beitragsermäßigung gemäß § 17 der Satzung des Wohlfahrtsfonds eine aliquote **Leistungsreduktion** zur Folge hat. Das bedeutet, dass im Ermäßigungszeitraum als einzige Unterstützungsleistung die Krankenunterstützung für die Dauer des Mutterschutzes in Anspruch genommen werden kann.

Entsprechend § 26 Abs. 2 der Satzung des Wohlfahrtsfonds erwerben WFF-Mitglieder für die Dauer des Mutterschutzes, der Karenz oder der Väter-Karenz trotz Ermäßigung der WFF-Beitragspflicht in der Grundrente 50% des jährlich durchschnittlichen Leistungsanspruches der Mitgliedschaft.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Antragsteller

