

KONTOERKLÄRUNG

24 Stunden-Betreuung	Pflegegeldbezieher / Pflegegeldbezieherin:
	Versicherungsnummer:

Daten des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin	
Name	
SVNR / Geb.Datum	
Anschrift	

Kreditinstitut	
BIC *	
IBAN *	

* Die Angabe von BIC und IBAN ist für eine rasche Verarbeitung der Kontodaten unbedingt erforderlich

Ich beantrage hiermit, die mir vom Sozialministeriumservice gewährte Förderung bis auf weiteres auf das oben angeführte Konto zu überweisen.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass im Falle meines Ablebens alle diesem Konto nach dem Todestage gutgebrachten Geldleistungen des Sozialministeriumservice auf das Postscheckkonto des Unterstützungsfonds rücküberwiesen werden.

...../.....

(Ort, Datum)

Unterschrift des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin
bzw Zeichnungsberechtigten/Zeichnungsberechtigter

Wir erklären ausdrücklich unser Einverständnis, im Falle des Ablebens des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin alle diesem Konto nach dem Todestage gutgebrachten Geldleistungen aus dem Unterstützungsfonds auf das Konto des Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung IBAN: AT76 6000 0000 0600 0949 rückzuüberweisen. Wir nehmen zur Kenntnis, dass derartige Beträge kein in den Nachlass fallendes Guthaben darstellen.

...../.....

(Ort, Datum)

Stempel und Unterschriften der Kreditunternehmung

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die Überweisung laufender Zahlungen auf das angegebene Konto erst nach Vorlage einer von Ihrem Kreditinstitut unterfertigten Kontoerklärung erfolgen kann.