|  |  |
| --- | --- |
| Eingangsdatum: | |
|  | | | | |  | | | | | | | Ausweisnummer: | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | |
| **Antrag auf Ausstellung eines Rot-Kreuz-Markt - Einkaufsausweises** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Angaben zum Antragsteller: (Blockschrift)** | | | | | | | | | | | | | |
| Familienname: | | | | | | | | Vorname: | | | | | |
| Geburtsdatum: | Vers. Nr.: | | | Staatsbürgerschaft: | | | | | | | | Geschlecht:  männlich  weiblich | |
| PLZ: | Wohnort: | | | | | | Straße/Hausnummer: | | | | | | |
| Tel. Nr. : | | Handy: | | | | | | | E-Mail: | | | | |
| Familienstand: | ledig  verheiratet  geschieden  Lebensgemeinschaft  getrennt lebend  verwitwet | | | | | | | | | | | | |
| Beruf/Tätigkeit |  | | | | | | | | | | | | |
|  | arbeitslos  im Krankenstand seit: | | | | | | | | | | | | |
| weitere im Haushalt  lebende Personen: | | | Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller: | | | | | | | | Einkommen: | |  |
|  | | |  | | | | | | | | EUR | | nein |
|  | | |  | | | | | | | | EUR | | nein |
|  | | |  | | | | | | | | EUR | | nein |
|  | | |  | | | | | | | | EUR | | nein |
| Einkommen Antragsteller | | |  | | | | | | | | EUR | |  |
| 1. **Haushaltseinkommen Gesamt** | | | | | | | | | | | **EUR** | | |
| 1. **Nachweise:** | | | | | | | | | | | | | |
| Einkommensnachweis | | | | | | Stempel  Datum: Unterschrift | | | | | | | |
| Haushaltsbestätigung | | | | |  |  | | | | | | | |
| Bestätigung des Sozialhilfeverbandes | | | | | |  | | | | | | | |
| Bestätigung der Sozialberatungsstelle | | | | | |  | | | | | | | |
| 1. **Vertretungsbefugte Personen:** | | | | | | | | | | | | | |
| Vorname/Familienname | | | | Straße/Hausnummer | | | | | | PLZ, Wohnort | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | |  | | | |
| Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass durch Falschangaben der Ausweis entzogen wird. | | | | | | | | | | | | | |
| Datum:       Unterschrift der antragstellenden Person ………………………………………………...  (bzw. der gesetzlichen Vertretung) | | | | | | | | | | | | | |
| Ausweis übernommen am       Unterschrift: ………………………………………………... | | | | | | | | | | | | | |



Antrag senden an: Österreichisches Rotes Kreuz, Bezirksstelle Perg, Dirnbergerstr. 15, 4320 Perg