

## Antrag

Mitgliedsnummer (MNR): \_\_\_\_\_  
sofern bekannt

Ich beantrage eine einmalige Unterstützung gemäß der Satzung der Sächsischen Ärztehilfe:

### I. Antragsteller

\_\_\_\_\_  
(Vor- und Zuname, ggf. auch Geburtsname)

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Familienstand:    ledig                                eingetragene Lebenspartnerschaft      
                          verheiratet      
                          verwitwet        
                          geschieden   

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC.: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

### II. Angaben zur beruflichen Tätigkeit des Kammermitgliedes

Name und Titel: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Approbation erteilt am: \_\_\_\_\_

Wo zuletzt ärztlich tätig? \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

in Sachsen: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

falls verstorben, wann: \_\_\_\_\_

Angabe von Gründen, falls keine ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III. Angehörige (Kinder, Eltern, Großeltern, Lebenspartner)**

Verwandtschaftsgrad	Name	Geb.-Datum	Anschrift	Beruf	Familienstand	Bruttoeinkommen (monatlich)
---------------------	------	------------	-----------	-------	---------------	-----------------------------

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(ggf. Beiblatt beifügen)

Leben Sie in häuslicher Gemeinschaft? \_\_\_\_\_ Mit wem? \_\_\_\_\_

Leiden Sie oder Ihr Partner an einer Erkrankung? \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_ Dadurch entstehende Mehrkosten: \_\_\_\_\_

**IV. Einnahmen des Antragstellers/und des Ehegatten/Lebenspartners**

Für alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert sind Nachweise (Gehalts- bzw. Verdienstnachweise, Einkommenssteuererklärung, letzter Renten- oder Bewilligungsbescheid usw.) beizufügen.  
monatl. brutto in EUR

1. aus berufl. Tätigkeit – auch vorübergehende Beschäftigung: \_\_\_\_\_

2. Leistungen aus ärztl. Versorgungs- und Unterstützungskassen: \_\_\_\_\_

Name der Kasse	Art der Leistung: (Alters-, Witwenrente usw.)
----------------	--

---

---

---

3. Leistungen der Invaliden-, Angestelltenversicherung, Knappschaft, Berufsgenossenschaft:

Leistungsträger:	Art der Leistung: (Unfallrente, Ruhegeld, Witwengeld usw.)
------------------	---

---

---

**4. Versorgungsbezüge:**

Versorgungsträger:

Art der Leistung:

(Altersrente, Berufs-/  
Erwerbsunfähigkeitsrente,  
Arbeitslosengeld usw.)

---

---

---

---

---

---

**5. Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz:**

Art der Leistung: (Grund-, Ausgleichs-, Witwen-,  
Elternrente usw.)

---

---

---

---

**6. Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz:**

Art der Leistung: (Unterhaltshilfe, Entschädigungsrente usw.)

---

---

---

---

**7. Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe):**

Art der Leistung:

---

---

---

---

**8. Leistungen aus privater Versicherung o. ä.,  
Leibrenten, sonstige Renten, Unterstützungen, usw.:**

Leistungsträger:

Art der Leistung:

---

---

---

---

---

---

**9. Leistungen für minderjährige bzw. in Ausbildung befindliche  
Kinder, ggf. Art der Leistung (Kindergeld, Waisengeld, -rente,  
Ausbildungsbeihilfe, Stipendium u. ä.) und für welche Kinder:**

---

---

---

---

**10. Ist eine der o. a. Leistungen beantragt?**

welche:

---

**11. Leistungen in Geldeswert und welche:**

(z. B. freie Wohnung/Wohnrecht, Verpflegung u. ä.)

---

---

**12. Unterstützungen durch Angehörige:**

(Kinder, Geschwister, Eltern, sonstige)

---

---

**13. Sonstige Einnahmen (jährlich) aus:**

- a) Zinsen aus Bar- und Sparvermögen
  - b) Sperrkonten
  - c) Dividenden/Zinsen aus Wertpapieren
  - d) Erträge aus Beteiligungen
  - e) Einnahmen aus Haus- und Grundbesitz  
(Angaben über Grundbesitz bzw. Ertragsberechnung gemäß Anlage)
- 
- 
- 
- 
- 

**V. Vermögensverhältnisse**

- 1. Barvermögen
  - 2. Sparvermögen
  - 3. Vermögen auf Sperrkonten
  - 4. Wertpapiere (Arten mit Nenn- u. Kurswert bitte angeben)
  - 5. Beteiligungen
  - 6. Sonstige Vermögen
  - 7. Lebensversicherungen/Sterbekassen (bitte Versicherungssumme und Fälligkeit angeben)
- 
- 
- 
- 
- 
- 

**VI. Haben Sie an Ehegatten, Kinder, Angehörige oder juristische Personen Vermögen unentgeltlich übergeben?**

Bitte geben Sie Empfänger, Gegenstand und Wert sowie das Datum der Übertragung an.

---

---

Falls Sie Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Antrages haben, stellen Sie sich bitte persönlich oder eine von Ihnen bevollmächtigte Person bei der Kaufmännischen Geschäftsführerin, Telefon 0351 8267431, vor.

**Schlusserklärung**

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben einschließlich der Ertragsberechnung über Haus- und Grundbesitz durch meine Unterschrift und versichere wahrheitsgemäß, dass ich und mein Ehe-/Lebenspartner außer dem angegebenen Vermögen keine weiteren Ersparnisse besitzen.

Die gewünschten Bescheide und Nachweise sind zur Einsichtnahme beigelegt.  
Jede mir bekannt gewordene Veränderung in meinen oder in den Einkommens-, Vermögens- und Familienverhältnissen meiner unterhaltspflichtigen und unterhaltsberechtigten Angehörigen werde ich sofort und unaufgefordert angeben.

---

Ort

Datum

Unterschrift

**Bitte beachten Sie, dass wir unvollständige Anträge, besonders bei fehlenden Nachweisen, nicht bearbeiten können.**