

# ANTRAG

auf Befreiung von Rundfunkgebühren und den damit verbundenen Abgaben und Entgelten und/oder auf Zuerkennung einer Zuschussleistung zu Fernsprechentgelten. (gebührenfrei nach § 14 TP 6 Absatz 5 Ziffer 9 Gebührengesetz)



Bitte in Großbuchstaben in den Farben Blau oder Schwarz ausfüllen.

Umlaute wie folgt schreiben: Ä, Ö, Ü, ß=ss. Markierfelder ankreuzen:

## PERSONENDATEN:

1

### Angaben zur Person des Antragstellers:

Familienname/Nachname		Titel	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Vornamen	Geschlecht	Sozialversicherungsnummer	
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> W	<input type="text"/>	
		Tag	Monat Jahr

### Angaben zum Wohnsitz des Antragstellers:

Straße/Gasse/Platz			
<input type="text"/>			
Hausnummer	Stiege	Stock	Tür
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> Hauptwohnsitz	<input checked="" type="checkbox"/> weiterer Wohnsitz	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegeheim/Sonstiges
PLZ	Ortsgemeinde		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Vorwahl	Telefonnummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
E-Mail (Ich bin widerruflich mit einer elektronischen Zusendung [E-Mail] von Informationen durch die GIS Gebühren Info Service GmbH einverstanden.)			
<input type="text"/>			

ICH STELLE FÜR OBEN ANGEFÜHRTEN STANDORT DEN ANTRAG AUF BEFREIUNG VON DER RUNDFUNKGEBÜHR:

2

Die Befreiung von der Rundfunkgebühr und den damit verbundenen Abgaben und Entgelten beantrage ich für:

<input checked="" type="checkbox"/> Radioempfangseinrichtungen	<input checked="" type="checkbox"/> Fernsehempfangseinrichtungen	Radio-/Fernseh-Teilnehmernummer
		<input type="text"/>

ICH STELLE FÜR DEN OBEN ANGEFÜHRTEN STANDORT DEN ANTRAG AUF ZUSCHUSSLEISTUNG ZUM FERNSPRECHENTGELT:

3

Die Zuschussleistung werde ich bei folgender Gesellschaft einlösen (bitte den Namen des Betreibers eintragen):

<input checked="" type="checkbox"/> <input type="text"/>
----------------------------------------------------------

4

Wenn Sie eine der nachstehenden Anspruchsvoraussetzungen erfüllen, kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an.

<input checked="" type="checkbox"/> Bezieher von Leistungen nach pensionsrechtlichen Bestimmungen oder diesen Zuwendungen vergleichbaren sonstigen wiederkehrenden Leistungen versorgungsrechtlicher Art	<input checked="" type="checkbox"/> Bezieher von Leistungen und Unterstützungen aus der Sozialhilfe oder der freien Wohlfahrtspflege oder aus sonstigen öffentlichen Mitteln wegen sozialer Hilfsbedürftigkeit.
<input checked="" type="checkbox"/> Bezieher von Leistungen nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz Bezieher von Beihilfen nach dem Arbeitsmarktservicegesetz Bezieher von Beihilfen nach dem Arbeitsmarktförderungsgesetz	<input checked="" type="checkbox"/> Bezieher von Pflegegeld oder einer vergleichbaren Leistung
<input checked="" type="checkbox"/> Bezieher von Beihilfen aus dem Studienförderungsgesetz	<input checked="" type="checkbox"/> Gehörlos oder schwer hörbehindert

Legen Sie dem Antrag **unbedingt eine Kopie der Bestätigung Ihrer Anspruchsberechtigung und die Nachweise der Einkommen ALLER** im Haushalt lebenden Personen in Kopie bei. Um Ihren Antrag rasch zu bearbeiten, füllen Sie bitte Punkt 6 aus und legen Sie die Kopien der Meldebestätigung ALLER im Haushalt lebenden Personen bei.

5

Wenn nachstehende Anspruchsvoraussetzung erfüllt ist, kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an.

Heim für Gehörlose oder schwer hörbehinderte Personen  
 Pflegeheim für hilfsbedürftige Personen

Legen Sie dem Antrag **unbedingt eine Kopie der Bestätigung Ihrer Anspruchsberechtigung** bei. Senden Sie den unterschriebenen Antrag an: GIS Gebühren Info Service GmbH, 1051 Wien, Postfach 1000.

**NUR AUSFÜLLEN, WENN EINE UNTER PUNKT 4 GENANNT E ANSPRUCHSBERECHTIGUNG VORLIEGT:**

6

Es leben keine weiteren Personen in meinem Haushalt.

**Nachstehende Personen leben mit mir im gemeinsamen Haushalt (Wohnsitz):**

**Bitte legen Sie unbedingt eine KOPIE der Meldebestätigung ALLER im Haushalt lebenden Personen bei.**

Familienname/Nachname  Sozialversicherungsnummer

Vornamen  Eigenhändige Unterschrift

**BITTE BESTÄTIGEN SIE IHRE ANGABEN MIT DATUM UND UNTERSCHRIFT:**

7

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle unter Punkt 7 der Ausfüllhilfe genannten Voraussetzungen zur Kenntnis nehme.

Datum (z. B. 12 01 2011)  Eigenhändige Unterschrift