

Amt der Burgenländischen Landesregierung, Abteilung 6 – Referat Förderwesen

Europaplatz 1, 7000 Eisenstadt; Tel.Nr. 02682 (bzw. 057) / 600 DW 2076, 2611, 2765

Fax DW 2865 bzw. DW 2533, E-Mail: post.a6-anf@bgld.gv.at

ANTRAG AUF FAHRTKOSTENZUSCHUSS

gemäß Bgld. Arbeitnehmerförderungsgesetz

für den Zeitraum von _____ 2017 bis _____ 2017

Dieser Antrag muss bis spätestens 30. April 2018 eingelangt sein.

Nachname d. Antragstellers/in (in BLOCKSCHRIFT)	Vorname
Straße / Nr.	Geburtsdatum
PLZ / Ort	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
E-Mail	Telefon Nr.

Ich ersuche um Gewährung eines Fahrtkostenzuschusses gemäß Bgld. Arbeitnehmerförderungsgesetz, da

- Schicht-, Wechsel- oder Nachtdienst vorliegt.
- keine Anbindung von Orten bzw. Ortsteilen an das öffentliche Verkehrsnetz vorliegt und daher die Wegstrecke bis zur nächstgelegenen Haltestelle von öffentlichen Verkehrsmitteln mit dem KFZ zurückgelegt werden muss.
- die Gesamtfahrzeit des schnellsten verfügbaren öffentlichen Verkehrsmittels zwischen Wohnort und Arbeitsplatz unzumutbar ist. Unzumutbar ist jedenfalls eine je Fahrtstrecke über 2 Stunden dauernde Fahrzeit.
- die kürzeste (einfache) Wegstrecke vom Hauptwohnsitz zum Arbeitsort mind. 20 km beträgt.
- Ich besitze einen Parkausweis* für Behinderte nach der Straßenverkehrsordnung. *) *Kopie beilegen*

Persönliche Verhältnisse des/der Antragstellers/in im Antragszeitraum

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden	seit _____
	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	seit _____
	<input type="checkbox"/> in Partnerschaft lebend	<input type="checkbox"/> getrennt	seit _____
	(im gemeinsamen Haushalt)		

Ehegatte/Ehegattin bzw. Lebensgefährte/Lebensgefährtin des Antragstellers/der Antragstellerin hat:

- eigenes Einkommen (*Einkommensnachweis beilegen!*)
- kein eigenes Einkommen (*Alleinverdiener-, oder Mitversicherungsnachweis beilegen!*)

Bankverbindung IBAN _____ | _____ | _____ | _____ | _____

Eine Kopie der Bankomatkarte (Vorder- und Rückseite) bzw. eine Bestätigung der Bank ist anzuschließen.

Ich erkläre,

1. dass ich mit der automationsunterstützten Datenverarbeitung zum Zwecke der Förderungsgewährung und
2. mit der Überprüfung der Angaben und der Daten zum Hauptwohnsitz im Zentralen Melderegister durch das Amt der Burgenländischen Landesregierung einverstanden bin;
3. dass ich mich verpflichte den Wegfall von Fördervoraussetzungen dem Amt der Burgenländischen Landesregierung unverzüglich zu melden sowie
4. dass ich die Voraussetzungen gemäß Bgld. Arbeitnehmerförderungsgesetz über die Gewährung des Fahrtkostenzuschusses anerkenne und die Förderung zurückerstatten werde, wenn diese durch unrichtige oder unvollständige Angaben zu Unrecht erwirkt wurde.

- Ich bin damit einverstanden, über den Stand meines Antrages per SMS informiert zu werden.
- Ich bin damit einverstanden, im Falle von Rückfragen telefonisch kontaktiert zu werden.

Ort / Datum	Unterschrift des/der Antragstellers/in
-------------	--

Dienstgeberbestätigung

Der/Die Antragsteller/in war bei uns im Jahr **2017** von _____ bis _____
als _____ beschäftigt.

Arbeitsort (genaue Adresse) _____
von _____ bis _____

Arbeitsort (genaue Adresse) _____
von _____ bis _____

Es gab Arbeitsunterbrechungen (Gebührenurlaub, Karenzurlaub, Krankheit),
die durchgehend länger als zwei Monate dauerten.

- Ja von _____ bis _____
 Nein

Von uns wurde ein **Fahrtkostenersatz** aufgrund:

- gesetzlicher Bestimmungen kollektivvertraglicher Bestimmungen freiwilliger Leistungen
jährlich in der Höhe von € _____ gewährt.

(ausgenommen Pendlerpauschale und Pendlereuro!)

Die Beförderung vom Hauptwohnsitz zum Arbeitsort erfolgte:

- im Werksverkehr (Werksbus/Firmen-KFZ) ab (genaue Adresse): _____

Der jährliche Kostenbeitrag des/der Arbeitnehmers/in dafür betrug € _____

Der/Die Antragsteller/in versah in unserem Betrieb Schicht-, Nacht- bzw. Wechseldienst. Ja Nein

- Gleitende Arbeitszeit (Gleitzeitrahmen) von _____ Uhr bis _____ Uhr
 Gleitende Arbeitszeit (Blockzeit) von _____ Uhr bis _____ Uhr
 Fixe Arbeitszeit von _____ Uhr bis _____ Uhr
(Nur auszufüllen, wenn kein Schicht-, Nacht- bzw. Wechseldienst besteht.)

Die obigen Angaben werden vom/von der Arbeit(Dienst)geber/in bestätigt.

Ort / Datum

Unterschrift / Stampiglie des/der Arbeit(Dienst)gebers/in

Arbeit(Dienst)geber/in

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Beilagen (in Kopie):

- Nachweis des **jährlichen Bruttoeinkommens des/der Antragstellers/in des Jahres, für das der Antrag eingebracht wird!**
wie z.B.: Jahreslohnzettel L 16 oder Einkommensteuerbescheid vom Finanzamt
- Nachweis des **jährlichen Bruttoeinkommens d. Ehegatten/in bzw. Lebensgefährten/in des Jahres, für das der Antrag eingebracht wird!**
wie z.B. Jahreslohnzettel L 16, Bezugsnachweis für Arbeitslosengeld, Krankengeld, Kinderbetreuungsgeld, Einkommensteuerbescheid (bei Selbständigen)
Einheitswertbescheid bei nicht buchführenden Land- und Forstwirten **oder**
Alleinverdienernachweis (bzw. Nachweis über die Mitversicherung bei(m) Ehegatten / der Ehegattin)
- Bestätigung des Finanzamtes über die Zuerkennung der Familienbeihilfe (nur bei Alleinverdiener/Alleinerzieher)
- Kopie der Bankomatkarte, Kontokarte** (Vorder- und Rückseite) bzw. Bestätigung der Bank
- *) Kopie des Parkausweises für Behinderte nach der Straßenverkehrsordnung**