

**Antrag auf einmalige Unterstützung**  
bei finanzieller Notlage durch unvorhersehbar hohe Ausgaben aus dem  
**WKOÖ SOZIALFONDS**

Vor- und Familienname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Name des pensionierten WKOÖ-Mitglieds: \_\_\_\_\_

Gewerbeberechtigung: \_\_\_\_\_

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

Folgende unvorhersehbare hohe Ausgabe hat zu einer finanziellen Notlage geführt:

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

Zur Bearbeitung des Antrags bedarf es folgender Unterlagen:

- **Bestätigung der SVS über Pensionsbezug**
- **Rechnung und Zahlungsbestätigung der oben angeführten Ausgabe**

Bank: \_\_\_\_\_

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

**Datenschutzerklärung nach Art. 13 und 14 DSGVO**

Sie stellen uns ihre Daten freiwillig zur Verfügung. Wir speichern und verarbeiten diese Daten auf Grundlage Ihrer Einwilligung zum Zwecke der Abwicklung der Zuerkennung einer Leistung aus dem Unterstützungsfonds der WKO Oberösterreich. Diese Einwilligung kann jederzeit bei der WKOÖ, Förderservice, Hessenplatz 3, 4020 Linz widerrufen werden. Ein Widerruf hat zur Folge, dass wir Ihre Daten ab diesem Zeitpunkt löschen und zum oben genannten Zweck nicht mehr verarbeiten werden. Aufsichtsbehörde für die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen ist die Österreichische Datenschutzbehörde.

Als Antragsteller stimme ich zu, dass meine persönlichen Daten, meine Angaben zur finanziellen Situation und Informationen zu meiner finanziellen Notlage zum Zweck der Abwicklung der Zuerkennung einer Leistung aus dem Unterstützungsfonds der WKO Oberösterreich von der WKO Oberösterreich verarbeitet werden und die Daten über die Höhe der zuerkannten Leistung zum Zweck der Fördertransparenz an die SVA der gewerblichen Wirtschaft, Mozartstraße 41, 4010 Linz weitergegeben werden. Diese Einwilligung kann jederzeit bei der WKOÖ, Förderservice, Hessenplatz 3, 4020 Linz widerrufen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die im Antrag gemachten Angaben durch die WK Oberösterreich überprüft werden. Weiters erteile ich die Ermächtigung zur Einholung aller erforderlichen Auskünfte bei den Sozialversicherungsträgern.

Ich bestätige an Eides statt die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben und verpflichte mich, andernfalls eine gewährte Unterstützungsleistung sofort und in vollem Umfang zurückzuzahlen.

---

(Datum)

---

(Unterschrift)