



Zusatzformular bei Unterstützungspflicht

| | |
|---------------------------------|---|
| Bewerberin/ Bewerber | Name, Vorname, Geb. Datum |
| | Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise % |
| | Einkommen netto Mt..... Jahr..... |

| | |
|-------------------|--|
| Ehepartner | Name, Vorname, Geb.-Datum |
| | verheiratet seit |
| | Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise..... % |
| | wenn nein - warum nicht |
| | wenn ja Arbeitgeber |
| | Einkommen netto Mt..... Jahr..... |
| | Anderweitige Einkünfte |

| | |
|---------------|---------------------------------|
| Kinder | Name, Vorname, Geb. Datum |
| | Name, Vorname, Geb. Datum |

| LEBENSKOSTEN im bevorstehenden Ausbildungsjahr : | | <u>Fr./Jahr</u> | leer lassen |
|---|---|-----------------|-------------|
| 1) Mietzins | pro Monat..... NK/Mt..... | ..... | ..... |
| 2) Grundbedarf | Eltern: Nahrung, Strom, Kleidung und Gesundheitspflege Kinder: Nahrung, Kleidung und Gesundheitspflege | ..... | ..... |
| 3) Vers.-Beiträge | Krankenkassenprämie für Anzahl Pers. Privathaftpflicht ..... | ..... | ..... |
| | Uebr.Sozialabgaben (soweit nicht über Lohn berücks.) ..... | ..... | ..... |
| 4) Selbstbehalt | Arzt für Anzahl Pers. .... | ..... | ..... |
| 5) Reine Ausbildungskosten | der Bewerberin/des Bewerbers (gem. Beiblatt 12r) | ..... | ..... |
| 6) Fahrtspesen | zur Ausbildungsstätte (Bewerberin/Bewerber) | ..... | ..... |
| 7) Fahrtspesen Ehepartner | für die Berufsausübung | ..... | ..... |
| 8) Unumgängliche Mehrausgaben | für >..... | ..... | ..... |
| total |  | ..... | ..... |

- Beizufügen sind**
- a) Kopie aktueller Mietvertrag
 - b) Kopie aktuelle Krankenkassenpolice
 - c) Entscheid der Ausgleichskasse über die Prämienrückerstattung Krankenkasse
 - b) Kopie Steuerveranlagung (2 Seiten inkl. Details) und Kopie Steuerrechnung

Datum: Unterschrift: