

# ANTRAG

auf Befreiung von der Rundfunkgebühr 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 und nur in den Farben Schwarz oder Blau ausfüllen.  
Umlaute wie folgt schreiben: Ä, Ö, Ü, ß = ss. Markierfelder ankreuzen:

## PERSONENDATEN:

1 **Angaben zur Person des Antragstellers:**

Familienname  Titel

Vornamen  Geschlecht  M  W Sozialversicherungsnummer

Tag    Monat    Jahr

**Angaben zum Wohnsitz des Antragstellers:**

Straße/Gasse/Platz

Hausnummer  Stiege  Stock  Tür   Hauptwohnsitz  weiterer Wohnsitz  Pflegeheim/Sonstiges

PLZ  Ortsgemeinde

Vorwahl  / Telefonnummer

E-Mail (Ich bin widerruflich mit einer elektronischen Zusendung [E-Mail] von Informationen durch die GIS Gebühren Info Service GmbH einverstanden.)

## 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:**

Radioempfangseinrichtungen  Fernsehempfangseinrichtungen  Radio-/Fernseh-Teilnehmernummer

3 Wenn Sie eine der unten stehenden Anspruchsvoraussetzungen erfüllen, kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an.

Bezieher von Leistungen nach pensionsrechtlichen Bestimmungen oder diesen Zuwendungen vergleichbaren sonstigen wiederkehrenden Leistungen versorgungsrechtlicher Art  Bezieher von Leistungen und Unterstützungen aus der Sozialhilfe oder der freien Wohlfahrtspflege oder aus sonstigen öffentlichen Mitteln wegen sozialer Hilfsbedürftigkeit

Bezieher von Leistungen nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz  Bezieher von Pflegegeld oder einer vergleichbaren Leistung

Bezieher von Beihilfen nach dem Arbeitsmarktservicegesetz  Bezieher von Beihilfen nach dem Arbeitsmarktförderungsgesetz

Bezieher von Beihilfen nach dem Studienförderungsgesetz  Gehörlos oder schwer hörbehindert

Legen Sie diesem Antrag bitte **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 8 aus und legen Sie die Kopien der Meldezettel ALLER in Ihrem Haushalt lebenden Personen bei.

4 Wenn Sie nachstehende Anspruchsvoraussetzung erfüllen, kreuzen Sie bitte das 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 die GIS Gebühren Info Service GmbH, 1051 Wien, Postfach 1000.

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

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

6 Wenn Sie eine der unten stehenden Anspruchsvoraussetzungen erfüllen, kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an.

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

Legen Sie diesem Antrag bitte **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 8 aus und legen Sie die Kopien der Meldezettel ALLER in Ihrem Haushalt lebenden Personen bei.

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

<input type="checkbox"/> Bezieher von Pflegegeld oder einer vergleichbaren Leistung	<input type="checkbox"/> Heim für Gehörlose oder schwer hörbehinderte Personen (der Fernsprechanschluss ist als Fax oder Schreiblefon eingerichtet)	<input type="checkbox"/> Gehörlos oder schwer hörbehindert und der Fernsprechanschluss ist als Fax oder Schreiblefon eingerichtet
---	---	---

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

**NUR AUSFÜLLEN, WENN EINE UNTER PUNKT 3 ODER 6 GENANNT E ANSPRUCHSBERECHTIGUNG VORLIEGT:**

8  Es leben keine weiteren Personen in meinem Haushalt.

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

Familienname <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Vornamen <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Sozialversicherungsnummer <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>	Eigenhändige Unterschrift <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Familienname <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Vornamen <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Sozialversicherungsnummer <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>	Eigenhändige Unterschrift <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Familienname <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Vornamen <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Sozialversicherungsnummer <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>	Eigenhändige Unterschrift <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
Familienname <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Vornamen <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Sozialversicherungsnummer <input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/>	Eigenhändige Unterschrift <input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>

**Bitte legen Sie unbedingt eine Kopie der Meldezettel ALLER im Haushalt lebenden Personen bei.**

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

9 Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle unter Punkt 9 der Ausfüllhilfe genannten Voraussetzungen zur Kenntnis nehme.

Datum <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Eigenhändige Unterschrift <input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/>
---	---