



ESSEN AUF RÄDERN DER GEMEINDE PRAMBACHKIRCHEN

Geschäftsstelle:
Marktgemeindeamt, Prof.-Anton-Lutz-Weg 1, 4731 Prambachkirchen
Tel. 07277 2302-0
gemeinde@prambachkirchen.ooe.gv.at

Antrag auf die Einbeziehung in die Aktion ESSEN AUF RÄDERN

Nachname		Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnr		PLZ	Ort		
Telefon		Familienstand	Gemeinde		
Im Notfall zu verständigen			Telefonnummer		
Bankverbindung	Kontonummer/IBAN		Bankleitzahl	Abbuchungsauftrag <input type="checkbox"/>	
Rezeptgebührenbefreiung im Sinne der sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Pflegegeld <input type="checkbox"/>	Stufe	

Beginn der Zustellung	Ende der Zustellung	Weitere Zustellung von bis			
Wie oft in der Woche bzw. an welchen Tagen wird die Mahlzeit grundsätzlich gewünscht? (Bestellung erfolgt jeweils an einem Freitag für die kommende Woche).					
Erforderliche Kost	Vollkost		Anmerkung		
	Leichte Vollkost				
	Diabetiker				
Antrag wird gestellt aus	Altersgründen				
	Sozialer Bedürftigkeit				
	Wegen Krankheit/Behinderung				

Mir ist bekannt, dass auf die Leistung sozialer Dienste kein Rechtsanspruch besteht und die Einbeziehung in die Aktion „Essen auf Rädern“ nur dann möglich ist, wenn ich nicht in der Lage bin, mir mein Essen zuzubereiten oder sonst zu besorgen. Zur Feststellung der Notwendigkeit wurde mein Antrag vom Hausarzt befürwortet. Ich erkläre mich hiermit bereit, zur Bezahlung meines Kostenbeitrages einer SEPA-Lastschrift zugunsten der Marktgemeinde Prambachkirchen zu erteilen.

Datum, Unterschrift

Anmerkungen

SEPA-Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz	423000__	
Zahlungsempfänger	Marktgemeinde Prambachkirchen, Prof.-Anton-Lutz-Weg 1, 4731 Prambachkirchen	
Creditor-ID	AT 51 ZZZ 000 000 08427	
<p>Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Marktgemeinde Prambachkirchen, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Marktgemeinde Prambachkirchen auf mein/unser Konto gezogene SEPA Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>		
Name		
Anschrift		
Bankinstitut		
IBAN (20stellig)		
BIC (11stellig)		
Ort, Datum Unterschrift		