**Nachname:**

**Vorname:**

**Amtstitel:**

**Personalnummer:**       **Versicherungsnummer:**

**Wohnanschrift:**

Bildungsdirektion für Burgenland

Kernausteig 3

7000 E i s e n s t a d t

##  Ort, Datum

# Waisenversorgungsbezug

Ich ersuche um Zuerkennung des Waisenversorgungsbezuges für das Kind nach dem/der, am       verstorbenen .

Folgende Belege schließe ich an:

1. Sterbeurkunde

2. Geburtsurkunde

3. Kontoerklärung eines Bankinstitutes

4. Nachweis über den Bezug der Familienbeihilfe vom zuständigen Finanzamt

Unterschrift Lehrer/in

Schule:

Zahl:

der Bildungsdirektion für Burgenland, Dienstort

zur Kenntnis und Weiterleitung an die Bildungsdirektion

 Unterschrift Schulleitung

Zahl:

der Bildungsdirektion für Burgenland

7000 Eisenstadt

zur Kenntnis und weiteren Veranlassung

 Für den Dienstort