

.....  
Vor- und Familienname des Antragstellers

.....  
Straße und Hausnummer

.....  
PLZ und Ort

**An den Gemeindevorstand der  
Marktgemeinde Pottendorf  
Alte Spinnerei 1  
2486 Pottendorf**

.....  
Datum der Antragstellung

## **Antrag auf finanzielle Unterstützung im Papamonat**

Ich ersuche um Zuerkennung der finanziellen Unterstützung im Papamonat für  
meine Tochter / meinen Sohn :

.....  
Name

.....  
Geburtsdatum

Ich befinde (befand) mich im Papamonat in der Zeit

von ..... bis .....

.....  
Telefonnummer

.....  
Unterschrift des Antragstellers

### **Erforderliche Nachweise:**

- Mitteilung über den Leistungsanspruch nach dem Familienzeitbonusgesetz
- Bestätigung des Dienstgebers dass dieser keinen oder aliquoten Gehalts- oder Lohnausgleich gewährt

### **Anspruchsberechtigt sind:**

Väter, die mit der Kindesmutter in der Großgemeinde Pottendorf mit Stichtag 30. Oktober vor der Geburt des Kindes ihren Hauptwohnsitz in der Großgemeinde Pottendorf hatten und weiterhin haben.

Die Beihilfe beträgt einmalig **500,-- Euro** in Form von Einkaufsgutscheinen der Marktgemeinde Pottendorf.

Die Vergabe erfolgt durch den Gemeindevorstand.

Auf die Auszahlung besteht **kein Rechtsanspruch** und der Gemeindevorstand kann das Ansuchen unter Angabe von Gründen ablehnen.