

\_\_\_\_\_  
Name, Diensttitel

\_\_\_\_\_  
Privatanschrift

Name des/r Verstorbenen

Personalzahl des/r Verstorbenen

Sterbedatum

An die  
Bildungsdirektion für Kärnten  
Präs/3d  
10. Oktoberstraße 24  
9020 Klagenfurt am Wörthersee

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

## Auszahlung des Waisenversorgungsgenusses

Aufgrund des Ablebens meiner Mutter/meines Vaters \_\_\_\_\_  
ersuche(n) ich (wir) um Auszahlung des Waisenversorgungsgenusses.

- \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **Anlage(n):**

Sterbeurkunde  
Geburtsurkunde(n) der/des Kinder/Kindes  
Schulbesuchsbestätigung bzw. Studienbestätigung

Ergeht in Kopie an den Zentralausschuss