

Bitte informieren Sie sich, bevor Sie den Antrag ausfüllen, über die [Voraussetzungen](#) für das Erlangen einer Förderung (beispielsweise Ober- und Untergrenze beim Einkommen, keine Mehrfachversicherung, Grenze für Nebeneinkünfte).

### Eidesstattliche Erklärung \*

- Der Antragsteller / die Antragstellerin versichert an Eides statt, dass alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen und wahrheitsgetreu gemacht werden und nimmt zur Kenntnis, dass diese Förderung der [de-minimis-Verordnung](#) der Europäischen Union unterliegt.
- Der Antragsteller / die Antragstellerin nimmt zur Kenntnis, dass Falschangaben strafrechtliche Folgen nach sich ziehen.
- Der Antragsteller / die Antragstellerin erklärt, dass keine anderen Förderungen von Gebietskörperschaften, die der Bekämpfung der Auswirkungen von COVID-19 dienen, ausgenommen Förderungen der Corona-Kurzarbeit sowie staatliche Garantien, in Anspruch genommen werden.

### Bundesland \*

--Bitte auswählen--

### Firmenbezeichnung / Name \*

### Ich bin \*

--Bitte auswählen--

Kennziffer Unternehmensregister (KUR)

Globale Lokationsnummer (GLN)

Firmenadresse in Österreich

Straße \*

Hausnummer \*

Zusatz

PLZ \*

Ort \*

Branche (nur für statistische Zwecke) \*

--Bitte auswählen--

Einkommenssteuerbescheid für 2017 oder jünger vorhanden \*

--Bitte auswählen--

Nettoeinkommen des letzt verfügbaren Steuerbescheids in Euro \*

Jahr des zuletzt verfügbaren Steuerbescheids

Zeitpunkt der Unternehmensgründung \*

TT.MM.JJJJ

Steuernummer Antragsteller \*

12 123/4567

# Antragsteller für diese Förderung

Anrede \*

--Bitte auswählen--

Titel

Vorname \*

Nachname \*

Titel nachgest.

Geburtsdatum \*

TT.MM.JJJJ

Telefonnummer

E-Mail \*

E-Mail wiederholen \*

**Identifikation** erfolgt durch Hochladen von: \*

--Bitte auswählen--

**Kontodaten**

**Kontoinhaber \***

**IBAN (ohne Leerstellen) \***

**Ich bestätige, dass ich von einer wirtschaftlich signifikanten Bedrohung durch COVID-19 betroffen bin. Das bedeutet, dass ich nicht mehr in der Lage bin, die laufenden Kosten zu decken oder von einem behördlich angeordneten Betretungsverbot aufgrund von COVID-19 betroffen bin oder einen Umsatzeinbruch von mindestens 50% zum Vergleichsmonat des Vorjahres aufweise: \***

--Bitte auswählen--

**Sicherheitsfrage: Bitte geben Sie die Summe der Zahlen 6 und 10 ein \***

**Sie bestätigen, dass Sie die folgenden Punkte erfüllen – andernfalls ist eine Inanspruchnahme dieser Förderung für Sie nicht möglich: \***

- Der Antragsteller / die Antragstellerin bestätigt, dass die Förderungsvoraussetzungen nach Punkt 4.1 dieser Richtlinie erfüllt sind.
- Der Antragsteller / die Antragstellerin bestätigt, dass keine Ausschlussstatbestände nach Punkt 4.2 dieser Richtlinie vorliegen.
- Der Antragsteller / die Antragstellerin bestätigt, dass alle aus der Richtlinie geltenden Verpflichtungen übernommen werden.
- Der Antragsteller / die Antragstellerin bestätigt, dass alle Angaben vollständig, richtig und nachweisbar sind.
- Der Antragsteller / die Antragstellerin bestätigt, dass die Datenschutzerklärung zur Verfügung gestellt wurde/zur Kenntnis gebracht und akzeptiert wird.

Abbrechen

Einreichen