

## Antrag auf Bewilligung: Kapitalbezug

### Betroffene Person (KontoinhaberIn):

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

### Antrag

der Beistandsperson: .....

Der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Region St.Gallen wird folgender Antrag unterbreitet:

Auftrag an Bank	Betrag Kapitalbezug	Ausführungsdatum
<input type="checkbox"/> Kapitaltransfer	CHF	- monatlich verfügbare Limite: per sofort - Restbetrag: nach Kündigungsfrist
<input type="checkbox"/> Kapitaltransfer mit anschliessender Kontosaldierung		- monatlich verfügbare Limite: per sofort - Restbetrag: nach Kündigungsfrist
<input type="checkbox"/> Dauerauftrag	CHF	<input type="checkbox"/> jeweils am 1. des Monats <input type="checkbox"/> jeweils am ..... des Monats
<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> quartalsweise <input type="checkbox"/> halbjährlich (für maximal zwei Jahre gültig, oder vorzeitiger Widerruf)		

### Belastungskonto

(bitte aktuellen Saldonachweis beilegen)

Kontoart, IBAN: .....

lautend auf (Name, Vorname): .....

Bankname: .....

Bankadresse: .....

### Gutschriftskonto

(bitte aktuellen Saldonachweis beilegen)

Kontoart, IBAN: .....

lautend auf (Name, Vorname): .....

Bank, Bankadresse: .....

Ort, Datum

Unterschrift Beistandsperson

- Bitte kontrollieren:
- Antragsformular korrekt und vollständig ausgefüllt?
  - Unterschrift Antragsteller vorhanden?
  - Saldonachweise als Beilagen vorhanden?
  - Adresse Finanzinstitut auf Seite 2 aufgeführt?

- Antragsformular bitte einreichen an:
- KESB Region St.Gallen  
Vermögensaufsicht  
Neugasse 3  
9004 St.Gallen  
E-Mail: revisorat.kesb@stadt.sg.ch

**Bewilligung:**

St.Gallen,

Ort, Datum

Behördenmitglied

Revisorat/Vermögensaufsicht

**Adresse Finanzinstitut**

.....  
.....  
.....  
.....