

Beteiligung Hospitalisationskosten Familien

Antragssteller/in

| | |
|--|---|
| Name Kind: | Vorname Kind: |
| Name / Vorname Mutter: | Name / Vorname Vater: |
| Adresse: | Ort: |
| Email: | Geburtsdatum (Kind): |
| Hospitalisiert in: | |
| Hospitalisiert von: bis : Dauer in Tagen | Betrag: Max. 30 CHF pro Hospitalisationstag. Die Quittungen sind aufzubewahren. |
| Die Beteiligung soll auf das folgende Konto überwiesen werden (wenn möglich Einzahlungsschein beilegen). Bank, IBAN / Postkonto: Adresse: Begünstigter: | Prinzip der Mitgliedschaft <ul style="list-style-type: none">• Nur Mitglieder sollen von den Leistungen der CFS profitieren.• Bei einer Unterstützungsleistung durch die CFS wird man automatisch Mitglied. Dabei ist der Mitgliederbeitrag für das laufende Jahr gratis.• Wird die Mitgliedschaft danach nicht aufrecht erhalten, erfolgen keine Unterstützungsleistungen mehr.• Wie bis anhin kann der Mitgliederbeitrag bei finanziellen Härtefällen erlassen werden. |
| Ort, Datum: | Unterschrift: |

Visum der/des Sozialarbeitenden

| | |
|----------------|---------------|
| Name, Vorname: | Spital: |
| Ort, Datum: | Unterschrift: |

Vorgehen:

Gesuchsteller: Bitte senden Sie das ausgefüllte Gesuch an die zuständige Sozialarbeiterin/den zuständigen Sozialarbeiter an Ihrem CFS-Zentrum.

Sozialarbeitende: Bitte visieren Sie das Gesuch und senden es weiter an die CFS.

CFS: Zahlt den Betrag an den Gesuchsteller aus.

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Unterstützungsleistungen der CFS je nach kantonaler Regelung (Steuer- und Sozialhilfegesetz) zu Ihrem Einkommen gezahlt werden können. Die Deklaration der Unterstützungsleistungen bei den entsprechenden Behörden obliegt Ihnen als Empfänger.