

Beitragsgesuch an den Vergabungsausschuss *Love-Ride* zur Unterstützung volljähriger CF-Betroffener

HINWEIS: Nach Eingang Ihres Gesuchs bei der CFS-Geschäftsstelle wird sich eine Sozialarbeiterin oder ein Sozialarbeiter der CFS mit Ihnen in Verbindung setzen. Dies zur Klärung der Gesamtsituation und um sicherzustellen, dass alle sozialversicherungsrechtlichen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden.

Personalien

<u>Name:</u>		<u>Vorname:</u>	
<u>Strasse/Nr.:</u>		<u>PLZ/Ort:</u>	
<u>Geburtsdatum:</u>		<u>ausgeübter Beruf:</u>	
<u>Tel. privat:</u>		<u>E-Mail:</u>	
<u>Tel. Geschäft:</u>			
<u>Zivilstand:</u>		<u>AHV/IV-Nr.:</u>	
<u>Kinder (Vorname + Alter):</u>		<u>Wohnsituation:</u> bei den Eltern: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein eigene Wohnung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein mit Partner/-in: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<u>IV-Rente in %:</u>		<u>Arbeitspensum in %:</u>	

Angaben zur finanziellen Situation

(alle Angaben pro Monat)	Einnahmen	Ausgaben
monatlicher <u>Nettolohn</u> (inkl. Lohn des Gatten/der Gattin, inkl. 13. und Grati)		0.-
<u>IV-Renten</u> , Ergänzungsleistungen		0.-
<u>Miete</u>	0.-	
<u>Krankenkasse</u> (inkl. Selbstbehalte und unter Berücksichtigung der Prämienverbilligung)	0.-	
nicht kassenpflichtige <u>Medikamente</u>	0.-	
<u>Lebenskosten und Sonstiges</u> (Pauschale für alle übrigen durchschnittlichen Einnahmen/Ausgaben)		
Total:	0.00	0.00

Ergänzende Informationen

Behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin:	
Erstgesuch? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	Fortsetzungsgesuch? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Werden Sie von einem Sozialdienst betreut? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	Falls ja: Von welchem?
Haben Sie schon ein Gesuch an die CFS gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	Falls ja: Für welchen Betrag?

einmalige Zahlung (max. 2'500.-)

Betrag:

Begründung:	(Falls nötig, Fortsetzung auf sep. Blatt!)
-------------	--

Post- oder Bankverbindung (Clearing-Nr. resp. Bankleitzahl) und Konto-Nr.:
--

Dem Gesuch sind beizulegen:

- Fotokopie der letzten Steuerabrechnung (Steuerausweis)
- Fotokopie der IV-Verfügung, wenn vorhanden
- Fotokopie einer neueren Lohnabrechnung
- wenn möglich Einzahlungsschein des PC oder der Bank

Der/die Unterzeichnete bestätigt, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.
Ort/Datum: Unterschrift:

Das Gesuch ist einzureichen an:

Cystische Fibrose Schweiz (CFS)
Halle 17
Stauffacherstrasse 17A
Postfach
3014 Bern
Tel. 031 552 33 00/ info@cystischefibroseschweiz.ch

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Unterstützungsleistungen der CFCH je nach kantonaler Regelung (Steuer- und Sozialhilfegesetz) zu Ihrem Einkommen gezählt werden können. Die Deklaration der

Unterstützungsleistungen bei den entsprechenden Behörden obliegt Ihnen als Empfänger.

Cystische Fibrose Schweiz (CFS)
Postfach
Halle 17, Stauffacherstrasse 17A
3014 Bern

T: +41 (0)31 552 33 00
info@cystischefibroseschweiz.ch
www.cystischefibroseschweiz.ch