

Beitragsgesuch an den Vergabungsausschuss *Love-Ride* zur Unterstützung von Familien mit CF-Kindern

HINWEIS: Nach Eingang Ihres Gesuchs bei der CFS 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 des/-r Betroffenen

<u>Name:</u>	<u>Vorname:</u>
<u>Strasse/Nr.:</u>	<u>PLZ/Ort:</u>
<u>Geburtsdatum:</u>	<u>AHV/IV-Nr.:</u>

Angaben zur Familie

<u>Erziehungsberechtigte Person/-en:</u>	<u>Wohnsituation des/-r Betroffenen:</u> bei den Eltern: <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein andere:
<u>andere Kinder (Vorname + Alter):</u>	<u>Beruf/Berufe und Pensum/Pensen in %:</u>
<u>Tel privat:</u>	<u>E-Mail:</u>
<u>Tel. Arbeitsort:</u>	
<u>Anmerkungen zur Familiensituation (zB alleinerziehend):</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.-
andere Einnahmen (zB Alimenten, Kleinkinderbeiträge, IV-Beiträge, Sozialhilfe)		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

Cystische Fibrose Schweiz (CFS)

Postfach
Halle 17, Stauffacherstrasse 17A
3014 Bern

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

Ergänzende Informationen

<u>Behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin:</u>			
		○ ○	
Erstgesuch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fortsetzungsgesuch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Von einem Sozialdienst betreut?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja: von welchem?			

Einmalige Zahlung (max. 2'500.–)

<u>Betrag:</u>

<u>Begründung:</u> (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
CH-3014 Bern
Tel: 031 552 33 00/ info@cystischefibroseschweiz.ch

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.