

# Beitragsgesuch zur Unterstützung von Familien mit CF-Kindern

HINWEIS: Nach Eingang Ihres Gesuchs bei der Geschäftsstelle 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 CF-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 CF-Betroffenen:</u><br>bei den Eltern: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>andere: |
| <u>andere Kinder (Vorname + Alter):</u>                          | <u>Beruf/Berufe und Pensum/Pensen in %:</u>   |
| <u>Tel. privat: Tel.</u>   | <u>E-Mail:</u>  |
| <u>Arbeitsort:</u>   |   |
| <u>Anmerkungen zur Familiensituation (z.B. 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 (z.B. Alimenter, 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) |           |          |
| <u>Total:</u>  |           |          |

## Ergänzende Informationen

|                                       |   |                     |   |
|---------------------------------------|---|---------------------|---|
| Behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin: |   |                     |   |
| 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?                 |   |                     |   |

### Gewünscht: regelmässiger monatlicher Beitrag (max. 500.–)

|         |
|---------|
| Betrag: |
|---------|

|   |
|---|
| <u>Begründung:</u> (Falls nötig, Fortsetzung auf sep. Blatt!) |
|---|

### Oder: Gewünscht: einmalige Zahlung (max. 6'000.–)

|         |
|---------|
| Betrag: |
|---------|

|   |
|---|
| <u>Begründung:</u> (Falls nötig, Fortsetzung auf sep. Blatt!) |
|---|

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

### Dem Gesuch sind beizulegen:

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

## Mitgliedschaft:

- Bei einer Unterstützungsleistung durch die CFS wird man automatisch Mitglied. Dabei ist der Mitgliederbeitrag für das laufende Jahr gratis.
- Wie bis anhin kann der Mitgliederbeitrag bei finanziellen Härtefällen erlassen werden.

*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. Schulden werden grundsätzlich nicht übernommen.*

**Der/die Unterzeichnete bestätigt, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.**

Ort/Datum:      Unterschrift:

Das Gesuch ist einzureichen an:

Cystische Fibrose Schweiz (CFS)  
Stauffacherstrasse 17A  
Postfach  
CH-3014 Bern

T: 031 552 33 00/ [info@cystischefibroseschweiz.ch](mailto:info@cystischefibroseschweiz.ch)

[info@cystischefibroseschweiz.ch](mailto:info@cystischefibroseschweiz.ch)  
Tel. +41 31 552 33 00 (dir. 02)

## Entscheid der Unterstützungskommission CFS:

Dem Gesuch wird entsprochen:

nein!

ja, für folgenden Betrag:

Ort/Datum:

Unterschrift der Kommissionsmitglieder: