

Formular Beitragsgesuch für erwachsene CF-Betroffene

Die Stiftung bittet Sie, mit einer Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter Kontakt aufzunehmen, sobald Sie das Formular vollständig ausgefüllt haben. Dies erlaubt es, Ihre Gesamtsituation zu klären sowie sicherzustellen, dass Ihr Dossier komplett ist und alle sozialversicherungsrechtlichen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Unsere Stiftung leistet subsidiäre Hilfe, das heisst, sie erfolgt in Ergänzung zu den Leistungen der Sozialversicherungen bzw. von anderen Organisationen.

<u>Name:</u>	<u>Vorname:</u>
<u>Strasse/Nr.:</u>	<u>PLZ/Ort:</u>
<u>Geburtsdatum:</u>	<u>Ausgeübter Beruf:</u>
<u>Telefon privat:</u>	<u>Telefon Arbeitsort:</u>
<u>Zivilstand:</u>	<u>AHV/IV-Nummer:</u>
<u>Kinder</u> (Name/Vorname, Alter):	<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 Partnerin/-in <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>IV-Rente in %:</u>	<u>Arbeitspensum in %:</u>
<u>Krankenkasse:</u>	

Angaben zur finanziellen Situation (alle Angaben pro Monat)

	Einnahmen	Ausgaben
Nettolohn (inkl. 13. Monatslohn und Gratifikation)		0.–
Lohn des Ehemannes/der Ehefrau		0.–
IV-Rente		0.–
Ergänzungsleistungen (EL)		0.–
Hilflosenentschädigung (HE)		0.–
Miete (inkl. NK)	0.–	
Krankenkassenprämie (Ausgaben), evtl. kantonale Prämienverbilligung (Einnahmen)		
Nicht kassenpflichtige Medikamente	0.–	
Transporte (Auto, öffentlicher Verkehr)	0.–	
Essen	0.–	
Übrige Lebenshaltungskosten (Taschengeld, Ferien, Freizeit, Kleidung, Coiffeur, Haushalt usw.)	0.–	
Steuern, Versicherungen	0.–	
Andere Einnahmen/Ausgaben (z. B. Schulden)		
<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
Werden Sie von einem Sozialdienst betreut? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja: Von welchem? (vollständige Adresse)
Haben Sie schon ein Gesuch an die Schweizerische Gesellschaft für Cystische Fibrose gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja: Für welchen Betrag?

Ich wünsche einen regelmässigen monatlichen Beitrag

Betrag:

Begründung:

(Falls nötig, Fortsetzung bitte auf separatem Blatt!)

Ich wünsche eine einmalige Zahlung

Betrag:

Begründung:

(Falls nötig, Fortsetzung bitte auf separatem Blatt!)

Post- oder Bankverbindung (Name und Sitz der Bank, BIC) und IBAN:

Dem Gesuch sind beizulegen:

- Arztzeugnis, aus dem hervorgeht, dass Sie an Cystischer Fibrose leiden (*nur beim Erstgesuch erforderlich*)
- Fotokopie der letzten Steuerabrechnung
- Fotokopie der IV-Verfügung betr. IV-Rente, EL und evtl. HE
- Fotokopie einer neueren Lohnabrechnung
- Wenn möglich Einzahlungsschein des PC- oder Bankkontos
- Fotokopie(n) der Krankenkassenprämie(n)
- Fotokopie(n) der erhaltenen Prämienverbilligung(en)

Der/die Unterzeichnende bestätigt, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben:

Ort/Datum:

Unterschrift:

Das Gesuch ist einzureichen bei:

FONDATION DE LA MUCOVISCIDOSE
Av. de Provence 4
1007 Lausanne
info@mucoviscidose.ch
Tel. 021 623 38 25

☞ **Ihr Dossier wird erst bearbeitet, wenn alle verlangten Dokumente vorliegen.**