

Beitragsgesuch an die *Fondation de la Mucoviscidose* für erwachsene CF-Patientinnen und -Patienten

Es wird empfohlen, das Gesuch vor Einreichung mit einer Sozialarbeiterin/einem Sozialarbeiter Ihres behandelnden CF-Zentrums zu besprechen. Die Adressen der CF-Sozialarbeitenden finden Sie unter www.cfch.ch. Dies zur Klärung der Gesamtsituation und um sicherzustellen, dass alle sozialversicherungsrechtlichen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden.

Sollten Sie das Gesuch nicht bereits im Vorfeld mit einem/einer Sozialarbeiter/in prüfen, wird sich ein/e Sozialarbeiter/in NACH Einreichung Ihres Gesuchs beim Sekretariat der Fondation de la Mucoviscidose mit Ihnen in Verbindung setzen.

<u>Name:</u>	<u>Vorname:</u>
<u>Strasse/Nr.:</u>	<u>PLZ/Ort:</u>
<u>Geburtsdatum:</u>	<u>Zivilstand:</u>
<u>Tel. privat:</u> <u>Tel. Geschäft:</u>	<u>E-Mail:</u>
<u>Aus- und Weiterbildung:</u>	<u>Ausgeübter Beruf:</u>
<u>AHV/IV-Nr.:</u>	<u>Krankenkasse:</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
Nettolohn (inkl. 13. und Gratifikation)		0.--
Lohn des Ehegatten/der Ehegattin		0.--
IV-Rente		0.--
Ergänzungsleistungen (EL)		0.--
Hilflosenentschädigung (HE)		0.--
Miete (inkl NK)	0.--	
Krankenkassenprämie (Ausgabe), evtl kantonale Prämienverbilligung (Einnahme)		
Nicht kassenpflichtige Medikamente	0.--	
Transporte (Auto, öffentlicher Verkehr)	0.--	
Essen	0.--	
Übrige Lebenshaltungskosten (Taschengeld, Ferien, Kleidung, Coiffeur, Haushalt usw)	0.--	
Steuern, Versicherungen	0.--	
Andere Einnahmen/Ausgaben (zB 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 Schweiz. Gesellschaft für Cystische Fibrose gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja: Für welchen Betrag?

Gewünscht: regelmässiger monatlicher Beitrag

Betrag:

Begründung:

(Falls nötig, Fortsetzung auf separatem Blatt!)

Oder: Gewünscht: einmalige Zahlung

Betrag:

Begründung:

(Falls nötig, Fortsetzung auf separatem Blatt!)

Post- oder Bankverbindung (Name+Sitz der Bank, Clearing-Nr. resp. Bankleitzahl) und Konto-Nr.:

Dem Gesuch sind beizulegen:

- Arztzeugnis, aus dem hervorgeht, dass Sie an Cystischer Fibrose leiden (nur beim Erstgesuch erforderlich!)
- Fotokopie der letzten Steuerabrechnung (Steuerausweis)
- Fotokopie der IV-Verfügung betr. IV-Rente, EL und evtl. HE
- Fotokopie einer neueren Lohnabrechnung
- wenn möglich Einzahlungsschein des PC oder der Bank

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

Ort/Datum:

Unterschrift:

Das Gesuch ist einzureichen an:

FONDATION DE LA MUCOVISCIDOSE
Av. de Provence 12
1007 Lausanne
www.mucoviscidose.ch
Tel. 021 623 37 17