



## Beteiligung Hospitalisationskosten Familien

Kto 3011

### Antragssteller/in

Name Kind:	Vorname Kind:
Name / Vorname Mutter:	Name / Vorname Vater:
Adresse:	Ort:
Email:	Geburtsdatum (Kind):
Hospitalisiert in:	
Hospitalisiert von:                      bis : Dauer in Tagen	Betrag: Max. 30 CHF pro Hospitalisationstag. Die Quittungen sind aufzubewahren.
Die Beteiligung soll auf das folgende Konto überwiesen werden (wenn möglich Einzahlungsschein beilegen).  Bank, IBAN / Postkonto:  Adresse:  Begünstigter:	<b>Prinzip der Mitgliedschaft</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nur Mitglieder sollen von den Leistungen der CFCH profitieren.</li><li>• Bei einer Unterstützungsleistung durch die CFCH wird man automatisch Mitglied. Dabei ist der Mitgliederbeitrag für das laufende Jahr gratis.</li><li>• Wird die Mitgliedschaft danach nicht aufrecht erhalten, erfolgen keine Unterstützungsleistungen mehr.</li><li>• Wie bis anhin kann der Mitgliederbeitrag bei finanziellen Härtefällen erlassen werden.</li></ul>
Ort, Datum:	Unterschrift:

### Visum der/des Sozialarbeitenden

Name, Vorname:	Spital:
Ort, Datum:	Unterschrift:

### Vorgehen:

**Gesuchsteller:** Bitte senden Sie das ausgefüllte Gesuch an die zuständige Sozialarbeiterin/den zuständigen Sozialarbeiter an Ihrem CF-Zentrum.

**Sozialarbeitende:** Bitte visieren Sie das Gesuch und senden es weiter an die CFCH.

**CFCH:** Zahlt den Betrag an den Gesuchsteller aus.

*Wir weisen Sie darauf hin, dass die Unterstützungsleistungen der CFCH 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.*