



## Beitragsgesuch an den Vergabungsausschuss *Love-Ride* zur Unterstützung volljähriger CF-Betroffener

*HINWEIS: Nach Eingang Ihres Gesuchs bei der CFCH-Geschäftsstelle wird sich eine Sozialarbeiterin oder ein Sozialarbeiter der CF-Gesellschaft mit Ihnen in Verbindung setzen. Dies zur Klärung der Gesamtsituation und um sicherzustellen, dass alle sozialversicherungsrechtlichen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden.*

### Personalien

<u>Name:</u>	<u>Vorname:</u>
<u>Strasse/Nr.:</u>	<u>PLZ/Ort:</u>
<u>Geburtsdatum:</u>	<u>ausgeübter Beruf:</u>
<u>Tel. privat:</u> <u>Tel. Geschäft:</u>	<u>E-Mail:</u>
<u>Zivilstand:</u>	<u>AHV/IV-Nr.:</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
monatlicher <u>Nettolohn</u> (inkl. Lohn des Gatten/der Gattin, inkl. 13. und Grati)		0.–
<u>IV-Renten</u> , Ergänzungsleistungen		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
Werden Sie von einem Sozialdienst betreut? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja: Von welchem?
Haben Sie schon ein Gesuch an die Fondation de la Mucoviscidose gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja: Für welchen Betrag?

## einmalige Zahlung (max. 2'500.–)

**Betrag:**

Begründung:

(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:

Schweiz. Gesellschaft für Cystische Fibrose  
Geschäftsstelle  
Altenbergstrasse 29, Postfach 686  
3000 Bern 8  
Telefon: 031 313 88 45 | Telefax: 031 313 88 99

*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.*