



## Beitragsgesuch an den Vergabungsausschuss *Love-Ride* zur Unterstützung von Familien mit CF-Kindern

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 des/-r 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 Betroffenen:</u> bei den Eltern: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein andere:
<u>andere Kinder (Vorname + Alter):</u>	<u>Beruf/Berufe und Pensum/Pensen in %:</u>
<u>Tel privat:</u>	<u>E-Mail:</u>
<u>Tel. Arbeitsort:</u>	
<u>Anmerkungen zur Familiensituation</u> (zB alleinerziehend):	

### 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 (zB Alimenten, 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?			

## Einmalige Zahlung (max. 2'500.-)

<b>Betrag:</b>
----------------

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

<b>Der/die Unterzeichnete bestätigt, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.</b>	
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.