



## Partecipazione ai costi ospedalieri per famiglie

### Richiedente

Cognome del bambino:	Nome del bambino:
Cognome dei genitori:	Nomi dei genitori:
Indirizzo:	Luogo:
Data di nascita (del bambino):	Ricovero nell'ospedale di:
Ricovero in ospedale dal:                      al: Durata in giorni:	Ammontare: Mass. 30 CHF per giorno di ricovero. Le ricevute sono da conservare.
La partecipazione ai costi è da versare sul conto (allegare possibilmente la cedola di pagamento):  Banca, IBAN / Conto postale:  Indirizzo:  A favore di:	<b>Regolamento per lo stato di membro</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• La partecipazione ai costi può essere richiesta soltanto dai membri della CFCH.</li><li>• Con la partecipazione ai costi da parte della CFCH, il richiedente diventa automaticamente membro della società. La quota di membro per l'anno corrente è gratuita.</li><li>• Il mancato pagamento della quota di membro comporta l'annullamento della partecipazione ai costi.</li><li>• L'esenzione dal pagamento della quota di membro della società è possibile in casi estremi.</li></ul>
Luogo, data:	Firma:
<input type="checkbox"/> Rinunciamo alla prestazione	

### Visto dell'assistente sociale

Cognome, nome:	Ospedale:
Luogo, data:	Firma:

### Copie per:

1 esemplare al segretariato CFCH, Postgasse 17, casella postale 686, 3000 Berna 8

1 esemplare all'assistente sociale