



Beitragsgesuch zur Unterstützung von Familien mit CF-Kindern

HINWEIS: Nach Eingang Ihres Gesuchs bei der Geschäftsstelle der CFCH 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 CF-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 CF-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>Tel. Arbeitsort:</u>	<u>E-Mail:</u>
<u>Anmerkungen zur Familiensituation</u> (z.B. 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 (z.B. 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?			

Gewünscht: regelmässiger monatlicher Beitrag (max. 500.–)

Betrag:

Begründung:	(Falls nötig, Fortsetzung auf sep. Blatt!)
-------------	--

Oder: Gewünscht: einmalige Zahlung (max. 6'000.–)

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
- wenn möglich Einzahlungsschein des PC oder der Bank
- Fotokopie einer neueren Lohnabrechnung

Mitgliedschaft:

- Bei einer Unterstützungsleistung durch die CFCH wird man automatisch Mitglied. Dabei ist der Mitgliederbeitrag für das laufende Jahr gratis.
- Wie bis anhin kann der Mitgliederbeitrag bei finanziellen Härtefällen erlassen werden.

Der/die Unterzeichnete bestätigt, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.	
Ort/Datum:	Unterschrift:

Das Gesuch ist einzureichen an:	Schweiz. Gesellschaft für Cystische Fibrose Geschäftsstelle Postgasse 17, Postfach 686 3000 Bern 8
Tel.: 031 313 88 45 Fax: 031 313 88 99	

Entscheid der Unterstützungskommission CFCH:

Dem Gesuch wird entsprochen:	<input type="checkbox"/> nein!
	<input type="checkbox"/> ja, für folgenden Betrag:

Ort/Datum:	Unterschrift der Kommissionsmitglieder:
------------	---