



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</u> (Vorname + Alter):	<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</u> in %:	<u>Arbeitspensum</u> in %:

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</u> und Sonstiges (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?

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

Betrag:

<u>Begründung:</u>	(Falls nötig, Fortsetzung auf sep. Blatt!)
--------------------	--

Oder: Gewünscht: einmalige Zahlung (max. 4'000.–)

Betrag:

<u>Begründung:</u>	(Falls nötig, Fortsetzung auf sep. Blatt!)
--------------------	--

<u>Post- oder Bankverbindung (Clearing-Nr. resp. Bankleitzahl) und Konto-Nr.:</u>

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
Postgasse 17, Postfach 686
3000 Bern 8
Telefon: 031 313 88 45 | Telefax: 031 313 88 99