

Beitragsgesuch an die *Fondation de la Mucoviscidose* für erwachsene CF-Patientinnen und -Patienten

HINWEIS: Nach Eingang Ihres Gesuchs beim Sekretariat der Fondation de la Mucoviscidose wird sich eine Sozialarbeiterin oder ein Sozialarbeiter mit Ihnen in Verbindung setzen. Dies zur Klärung der Gesamtsituation und um sicherzustellen, dass alle sozialversicherungsrechtlichen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden.

<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>E-Mail:</u>
<u>Tel. Geschäft:</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>
<u>Krankenkasse:</u>	

Angaben zur finanziellen Situation (alle Angaben pro Monat)

	Einnahmen	Ausgaben
Nettolohn (inkl. 13. und Gratifikation)		0.--
Lohn des Ehegatten/der Ehegattin		0.--
IV-Rente		0.--
Ergänzungsleistungen (EL)		0.--
Hilflosenentschädigung (HE)		0.--
Miete (inkl NK)	0.--	
Krankenkassenprämie (Ausgabe), evtl kantonale Prämienverbilligung (Einnahme)		
Nicht kassenpflichtige Medikamente	0.--	
Transporte (Auto, öffentlicher Verkehr)	0.--	
Essen	0.--	
Übrige Lebenshaltungskosten (Taschengeld, Ferien, Kleidung, Coiffeur, Haushalt usw)	0.--	
Steuern, Versicherungen	0.--	
Andere Einnahmen/Ausgaben (zB Schulden)		
<u>Total:</u>		

Ergänzende Informationen

<u>Behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin:</u>	
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? (vollständige Adresse)
Haben Sie schon ein Gesuch an die Schweiz. Gesellschaft für Cystische Fibrose gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Falls ja: Für welchen Betrag?

Gewünscht: regelmässiger monatlicher Beitrag

Betrag:

Begründung:

(Falls nötig, Fortsetzung auf separatem Blatt!)

Oder: Gewünscht: einmalige Zahlung

Betrag:

Begründung:

(Falls nötig, Fortsetzung auf separatem Blatt!)

Post- oder Bankverbindung (Name+Sitz der Bank, Clearing-Nr. resp. Bankleitzahl) und Konto-Nr.:

Dem Gesuch sind beizulegen:

- Arztzeugnis, aus dem hervorgeht, dass Sie an Cystischer Fibrose leiden (nur beim Erstgesuch erforderlich!)
- Fotokopie der letzten Steuerabrechnung (Steuerausweis)
- Fotokopie der IV-Verfügung betr IV-Rente, EL und evtl HE
- Fotokopie einer neueren Lohnabrechnung
- wenn möglich Einzahlungsschein des PC oder der Bank

Der/die Unterzeichnende bestätigt, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Ort/Datum:

Unterschrift:

Das Gesuch ist einzureichen an:

FONDATION DE LA MUCOVISCIDOSE
Av. de Provence 12
1007 Lausanne
www.mucoviscidose.ch
Tel. 021 623 37 17