



Schweizerische Gesellschaft für Cystische Fibrose (CFCH)
Société Suisse pour la Mucoviscidose (CFCH)
Società Svizzera per la Fibrosi Cistica (CFCH)

Richiesta di sostegno al fondo *Love-Ride* Fondo per il sostegno di pazienti CF adulti

NOTA: Al momento della registrazione della presente domanda di sostegno presso il segretariato centrale CF, un operatore sociale della CF si metterà in contatto con Lei con lo scopo di valutare la situazione globale e per verificare se sono state esaurite tutte le possibilità nell'ambito delle assicurazioni sociali.

Dati personali

<u>Cognome:</u>	<u>Nome:</u>
<u>Via/no.:</u>	<u>CAP/Luogo:</u>
<u>Data di nascita:</u>	<u>Professione:</u>
<u>Tel. privato:</u> <u>Tel. ufficio:</u>	<u>E-Mail:</u>
<u>Stato civile:</u>	<u>No. AVS/AI:</u>
<u>Figli (Nome + età):</u>	<u>Alloggio:</u> presso i genitori: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no App. proprio: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no convivente: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
<u>Rendita AI in %:</u>	<u>Volume d lavoro in %:</u>

Situazione finanziaria

(mensili)	Entrate	Uscite
Salario netto mensile (compreso salario del marito/moglie, 13ma, gratificazioni)		0.-
Rendite AI/ prestazioni complementari		0.-
<u>Affitto</u>	0.-	
<u>Cassa malati</u> (compreso franchigia e riduzione del premio)	0.-	
<u>Medicamenti</u> non rimborsati	0.-	
<u>Sostentamento e altre spese</u> (importo globale medio delle entrate/uscite)		
<u>Totale:</u>		

Informazioni aggiuntive

<u>Medico curante:</u>	
Prima richiesta? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Rinnovo richiesta? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
È assistito da un servizio sociale? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Se sì, da quale?
Ha già inoltrato una richiesta presso la Fondation de la Mucoviscidose? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Se sì, per quale ammontare?

Richiesta per un contributo mensile (mass. CHF 500.--)

<u>Importo:</u>

<u>Motivazione:</u> (redigere su un foglio a parte, se necessario)
--

oppure: Richiesta per un contributo unico (mass. CHF 4'000.--)

<u>Importo:</u>

<u>Motivazione:</u> (redigere su un foglio a parte, se necessario)
--

<u>Numero del conto postale o bancario:</u>

Da allegare alla richiesta:

- fotocopia dell'ultima notifica della tassazione
- fotocopia della decisione AI, se possibile
- fotocopia di un certificato di salario recente
- possibilmente cedule di versamento della posta o dellabanca

Il sottoscritto/la sottoscritta conferma la veridicità delle informazioni date.	
Luogo/data:	Firma:

La richiesta è da inoltrare a:

Società svizzera per la Fibrosi Cistica (CFCH)
Altenbergstrasse 29,
Casella Postale 686,
3000 Berna 8
tel. 031 313 88 45 fax. 031 313 88 99