



## Richiesta di sostegno al fondo *Love-Ride* Fondo per il sostegno di famiglie con bambini affetti da CF

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 del paziente

<u>Cognome:</u>	<u>Nome:</u>
<u>Via/no:</u>	<u>CAP/Luogo:</u>
<u>Data di nascita:</u>	<u>No. AVS/AI:</u>

### Dati riguardo alla famiglia

<u>Educatore/i:</u>	<u>Alloggio del paziente:</u> Presso i genitori: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no altri:
<u>Altri figli</u> (nome+età):	
<u>Professione e volume di lavoro in %:</u>	<u>Tel. privato:</u> <u>Tel. ufficio:</u>
<u>Dati riguardo alla situazione familiare:</u> (p.es. monoparentale):	

### Situazione finanziaria

(mensili)	Entrate	Uscite
Salario netto mensile (compreso salario del marito/moglie, 13ma, gratificazioni)		0.--
Altre entrate (p.es. alimenti, contrib. prima infanzia, contrib. AI, prest. complement.)		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

Medico curante:	
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?	

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

**Importo:**

Motivazione: (redigere su un foglio a parte, se necessario)

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

**Importo:**

Motivazione: (redigere su un foglio a parte, se necessario)

**Numero del conto postale o bancario:**

### **Da allegare alla richiesta:**

- fotocopia dell'ultima notifica della tassazione
- fotocopia della decisione AI, se possibile
- fotocopia di un certificato di salario recente
- possibilmente cedole 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)  
Postgasse 17,  
Casella Postale 686,  
3000 Berna 8  
tel. 031 313 88 45 fax. 031 313 88 99