

F_29_Finanzielle Unterstützung für Kranke und Angehörige

Gesuchsformular:

*(Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen den
 Datenschutzbestimmungen.)*

Angaben zur Person

	Betroffene Person	Angehörige/r	Gesetzlicher Vertreter (z.B. Vormund)
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Heimatort			
Strasse, Nr.			
PLZ			
Wohnort			
Telefon P			
Telefon G			
Beantragter Betrag	CHF		
Konto (für Überweisung, falls Gesuch gutgeheissen)	Kontoinhaber PK Nr. oder: IBAN		
Entscheid der Kommission zur finanziellen Unterstützung von Kranken und Angehörigen (bitte nicht ausfüllen)			
akzeptiert / abgelehnt	akzeptiert / abgelehnt	akzeptiert / abgelehnt	
Datum, Unterschrift	Datum, Unterschrift	Datum, Unterschrift	

Bezifferung und Begründung des Gesuches

Einmalige Leistung	Periodische Leistungen	Total Fr.
für.....	für.....	
geplanter Zeitpunkt:	vom .....bis.....	
Antrag: Fr./.....	Antrag: Fr. ....	.....
Begründung:	Begründung:	

Angaben zur finanziellen Situation

	Betroffene Person und Ehepartner/in
Vermögen	
Einkommen pro Monat:	
1) AHV- bzw. IV-Rente
2) Pensionskasse

Schweizerische Alzheimervereinigung
 Rue des Pêcheurs 8 E
 1400 Yverdon-les-Bains
 Tel. 024 426 20 00 /Kontaktperson: Marianne Wolfensberger

3) Ausländische Rente	.....
4) Ergänzungsleistungen (aktuell oder pendentés Gesuch)	.....
5) Hilflosenentschädigung (aktuell oder pendentés Gesuch)	.....
6) Berufliches Einkommen	.....
7) Weitere Einkünfte	.....
Ausgaben pro Monat:	
1) Mietkosten (plus Nebenkosten)	.....
2) Steuern	.....
3) Krankenkasse	.....
4) Kosten Spitex (evtl. Heim)	.....
5) Transportkosten	.....

Die entsprechenden Unterlagen (Kopie Steuererklärung, evtl. Entscheid über Ergänzungsleistungen etc.) sind beizulegen

Die Gesuchstellerin/der Gesuchsteller bestätigt hiermit die Richtigkeit der oben erwähnten Angaben.

Datum und Unterschrift: