

Fragebogen zur Gesundheitskosten-Soforthilfe des Mukoviszidose e.V.

Bitte zurücksenden an: Mukoviszidose e.V., z.Hd. Frau Brendler/Frau Karatzas

In den Dauen 6, 53117 Bonn, Telefon 0228 - 98 780 0, Fax. 0228 - 98 780 -77

Hinweis: Der Mukoviszidose e.V. behandelt Ihre Daten vertraulich. Sie sind nur den zuständigen SachbearbeiterInnen zugänglich.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Nationalität: _____

Straße: _____ PLZ u. Wohnort: _____

Tel: _____ E-Mail: _____

Bank: _____ BIC: _____

IBAN: _____

Ich beantrage im Rahmen der Gesundheitskosten-Soforthilfe einen einmaligen finanziellen Zuschuss in Höhe von 70 €.

Im Haushalt lebende Personen:

	Name	Alter	Beruf (erlernt/ausgeübt)	CF-Patient
Antragsteller/in:	_____	_____	_____	☐
(Ehe-)Partner/in:	_____	_____	_____	☐
1. Kind:	_____	_____	_____	☐
2. Kind:	_____	_____	_____	☐
3. Kind:	_____	_____	_____	☐

Monatliches Einkommen (bitte Belegkopien beilegen):

	Antragsteller	Partner
Gehalt / Lohn netto:	€ _____	€ _____
Rente:	€ _____	€ _____
Arbeitslosengeld:	€ _____	€ _____
Sozialhilfe / Arbeitslosengeld II / / Grundsicherung	€ _____	€ _____
Krankengeld:	€ _____	€ _____
Wohngeld / Lastenzuschuss:	€ _____	€ _____
Kindergeld:	€ _____	€ _____
Erziehungsgeld:	€ _____	€ _____
Pflegegeld:	€ _____	€ _____
Sonstiges (Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Unterhaltszahlungen,...):	€ _____	€ _____
Summe:	€ _____	€ _____

Monatliche Ausgaben:

Wohnen (Miete und Nebenkosten) € _____ (Bitte Belegkopie beifügen)

Verkehrsmittel (Auto, Bahn, Bus) € _____

Telefon, Versicherungen, Mitgliedsbeiträge € _____

Strom und Wasser € _____

Schuldentilgung € _____

Sonstiges, z.B. Unterhaltszahlungen € _____

Summe: € _____

Ich bestätige, dass ich alle Angaben in diesem Fragebogen wahrheitsgemäß gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift