MUKOVISZIDOSE e.V.
Helfen. Forschen. Heilen.

**Fragebogen zum Unterstützungsfonds 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. Neben den oben genannten Geschäftsstellen-Mitarbeitenden müssen diese in Einzelfällen auch den zuständigen Vorstandsmitgliedern zugänglich gemacht werden.

Name:_____ Vorname:_____ Geburtsname:_____

Geburtsdatum:_____ Familienstand:_____

Straße:_____ PLZ u. Wohnort:_____

Tel:_____E-Mail:_____

Bankverbindung (IBAN): DE_____ (für eine eventuelle Auszahlung)

Antragsteller ist: ☐ CF-Patient ☐ Angehöriger ☐ sonstiges: _____

Ich beantrage einen einmaligen finanziellen Zuschuss in Höhe von €_____ für folgende Ausgaben:

(entsprechende Belege werde ich in **Kopie** zusenden)

_____

Begründung:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

MUKOVISZIDOSE e.V.
Helfen. Forschen. Heilen.

**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:** | €_____ | €_____ |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, dass kein nennenswertes Vermögen vorliegt, aus dem die beantragte Ausgabe bestritten werden könnte.

**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 habe auch an anderer Stelle Unterstützung beantragt

☐ nein ☐ ja, und zwar bei _____

(Hinweis: Es erfolgt dorthin keine Kontaktaufnahme ohne Ihre Erlaubnis)

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

_____, _____ _____

Ort Datum Unterschrift