

Fragebogen zur Befreiung vom Mitgliedsbeitrag

Bitte zurücksenden an: Mukoviszidose e.V., z.Hd. Frau Penner

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

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Straße: _____ PLZ u. Wohnort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Antragsteller ist CF-Patient ja nein

Antragsteller ist schwerbehindert mit Merkzeichen G, aG oder H ja nein

Ich beantrage die Beitragsbefreiung für das Jahr _____

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

Im Haushalt lebende Personen:

	Name	Alter	Beruf (erlernt/ausgeübt)	CF-Patient
Antragsteller/in:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
(Ehe-)Partner/in:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
1. Kind:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
2. Kind:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
3. Kind:	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Monatliches Einkommen (bitte Belegkopien beilegen):

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

Monatliche Ausgaben:

Wohnen (Miete und Nebenkosten):	€ _____	(Bitte Belegkopie beifügen)
Strom und Wasser:	€ _____	
Summe:	€ _____	

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

_____, _____, _____
Ort Datum Unterschrift