



## Fragebogen zur Gesundheitskosten-Soforthilfe des Mukoviszidose e.V.

Bitte zurücksenden an: Mukoviszidose e.V., z.Hd. Frau Pichler/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 60 €.

**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:	€ _____	€ _____
Pflegegeld:	€ _____	€ _____
Sonstiges (Mieteinnahmen, Kapitalerträge, Unterhaltszahlungen,...):	€ _____	€ _____
<b>Summe:</b>	€ _____	€ _____

**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