

Fragebogen zum Unterstützungsfonds 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. Neben den Geschäftsstellen-Mitarbeitern des Teams „Hilfe zur Selbsthilfe“ sind diese nur den zuständigen Vorstandsmitgliedern zugänglich.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____ Nationalität: _____

Straße: _____ PLZ u. Wohnort: _____

Tel: _____ E-Mail: _____

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: _____

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,...):	€ _____	€ _____
Summe:	€ _____	€ _____

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

