

Antragsstellung Aufenthaltskostenübernahme Kind/Kinder

Antragstellerin

Name:

E-Mail:

Vorname:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Beruf/Arbeitgeber:

Strasse, PLZ, Ort:

Partner

Name:

E-Mail:

Vorname:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

Beruf/Arbeitgeber:

Strasse, PLZ, Ort:

Familiäre Verhältnisse

Anzahl Kinder:

Name Leiblicher Vater:

Zivilstand:

verheiratet

verwitwet

in (eingetragener) Partnerschaft

alleinstehend

geschieden

Kurzbeschreibung Ihrer Situation:

Voraussichtliche Aufenthaltsdauer in der Klinik

Von:

Bis:

Anzahl der Tage:

Voraussichtlich anfallende gesamthafte Kosten für Ihr Kind/Ihre Kinder (in CHF)

Gewünschter Unterstützungsbeitrag (in CHF)

Angaben zur finanziellen Situation

Monatliche Bruttoeinkünfte Antragsstellerin (in CHF)

| | | | |
|---------------------------|---------------------------|----|------|
| Lohn: | 13. Monatslohn: | ja | nein |
| Erwerb Selbstständigkeit: | Krankentaggeld: | | |
| Invalidenrente: | Ergänzungsleistungen: | | |
| Arbeitslosengeld: | Alimente: | | |
| Familienzulage: | Zuschüsse für Mietkosten: | | |
| Kinderzulage: | Mieteinnahmen: | | |

Monatliche Bruttoeinkünfte Partner (in CHF)

| | | | |
|---------------------------|---------------------------|----|------|
| Lohn: | 13. Monatslohn: | ja | nein |
| Erwerb Selbstständigkeit: | Krankentaggeld: | | |
| Invalidenrente: | Ergänzungsleistungen: | | |
| Arbeitslosengeld: | Alimente: | | |
| Zuschüsse für Mietkosten: | Zuschüsse für Mietkosten: | | |
| Familienzulage: | Mieteinnahmen: | | |
| Kinderzulage: | | | |

Ausgaben von Ihnen, Ihrem Partner, Ihren Kindern:

Miete/Hypothekarzinsen:
Krankenkassenbeiträge:
Leasingraten:
Versicherungsprämien:
Schuldentilgungsraten:
Kinderbetreuungskosten:
Lohnpfändung:

Sozialabzüge:

AHV/ALV/IV/FAK/KTG/EO/NBU:
Pensionskasse:

Vermögen (Bankkonten, Wertschriften, Immobilien und Liegenschaften, Darlehen von Ihnen, Ihrem Partner, Ihrem Kind/Ihrer Kinder):

Schulden (Steuerschulden, Krankenkassenschulden, Hypothekarschulden, Leasingschulden, Konsumkreditschulden):

Sonstige Anmerkungen:

Zwingend erforderliche Beilagen (in Kopie):

Bestätigung der Klinik über Ihre Aufnahme
Bestätigung der Klinik über die anfallenden Kosten für Ihr Kind/Ihre Kinder
Letzter Steuerbescheid
Aktuelle Lohnabrechnung sämtlicher Einkommen (inkl. IV, KTG, AHV, etc.)
Monatsauszug Bankkonten der letzten zwei Monate
Schuldennachweis / Betreuungsauszug
Sozialhilfebescheid und Ergänzungsleistungen

Ich bestätige hiermit, die Fragen wahrheitsgemäss beantwortet zu haben.

Ort & Datum: _____ Unterschrift: _____