

Antragsstellung Kostenübernahme Mutter-Kind Behandlung

Antragstellerin

Name:	
Vorname:	
Strasse:	
PLZ-Ort:	
E-Mail:	
Telefonnummer:	
Beruf/Arbeitgeber beider Elternteile:	

Familiäre und finanzielle Verhältnisse (Kurzbeschreibung Ihrer Situation)

(Berufstätigkeit, Anzahl Kinder, Zivilstand, Wohn- und Einkommenssituation)

Voraussichtliche Aufenthaltsdauer in der Klinik

Von

bis

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

Gewünschter Unterstützungsbeitrag (in CHF)

Jedem Kind ein liebevolles Zuhause

Angaben zu Ihren Einkünften (in CHF)

Monatliche Einkünfte Frau/Mutter (Lohn/Arbeitslosengeld/Rente/Krankentaggeld)	
Monatliche Einkünfte Mann/Kindsvater (Lohn/Arbeitslosengeld/Rente/Krankentaggeld)	
Kinderzulagen	
Alimente / Unterhaltszahlungen	
Ergänzungsleistungen (z.B. IV)	
Sonstige Einkünfte	

Angaben zu Ihrem Vermögen (summarische Aufzählung Ihrer Vermögenswerte, Kontostand)

--

Angaben zu allfälligen Schulden

--

Benötigte Beilagen:

- Bestätigung der Klinik über Ihre Aufnahme
 Bestätigung der Klinik über die anfallenden Kosten für Ihr Kind/Ihre Kinder

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Angaben wahrheitsgemäß ausgefüllt zu haben.

Unterschrift: _____

Ort und Datum: _____

Besten Dank für Ihr Vertrauen. Gerne prüfen wir Ihren Antrag und melden uns schnellstmöglich bei Ihnen.

Jedem Kind ein liebevolles Zuhause