

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
<p>Von</p> <p>Bis</p>

Voraussichtlich anfallende gesamthafte 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
- Kopie Ihres letzten Steuerabrechnungsbescheides

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

Unterschrift: _____

Ort und Datum: _____

Besten Dank für Ihren Antrag und Ihr Vertrauen. Gerne prüfen wir den Antrag und melden uns innert 5-7 Arbeitstagen bei Ihnen.

Jedem Kind ein liebevolles Zuhause