

# Gesuchformular für finanzielle Unterstützung für Kranke und Angehörige

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen den Datenschutzbestimmungen.

## Angaben zur Person

	Erkrankte Person	Ehepartner_in	Vertreter_in
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Heimatort			
Strasse, Nr.			
PLZ / Wohnort			
Telefon P			
Telefon P			

Beantragter Betrag CHF

Konto  
 (für Überweisung,  
 falls Gesuch  
 gutgeheissen)

Kontoinhaber\_in

PK-Nr.

oder IBAN

**Entscheid der Kommission zur finanziellen Unterstützung von Kranken und Angehörigen**  
 (bitte nicht ausfüllen)

akzeptiert / abgelehnt

akzeptiert/abgelehnt

akzeptiert/abgelehnt

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

## Bezifferung und Begründung des Gesuches

Einmalige Leistung für		Periodische Leistungen für		Totalbetrag	
Geplanter Zeitpunkt		vom	bis		
Antrag CHF		Antrag CHF		CHF	
Begründung:		Begründung			

## Angaben zur finanziellen Situation der erkrankten Person und Ehepartner\_in

Einkommen	CHF pro Monat
1) AHV- bzw. IV-Rente	
2) Pensionskasse	
3) Ausländische Rente	
4) Ergänzungsleistungen (aktuell oder pendentes Gesuch)	
5) Hilflosenentschädigung (aktuell oder pendentes Gesuch)	
6) Berufliches Einkommen	
7) Weitere Einkünfte	

### Ausgaben

1) Mietkosten (+ Nebenkosten)	
2) Steuern	
3) Krankenkasse	
4) Kosten Spitex	
5) Transportkosten	

### Vermögen

1) Bank- oder Postkonto	
2) Grundeigentum (Haus oder Eigentumswohnung)	

## Beilagen

Die entsprechenden Unterlagen über die Vermögensverhältnisse (Kopie Steuerrechnung, ev. Entscheid über Ergänzungsleistungen) sind beizulegen, ebenso ein Kostenvoranschlag oder eine Rechnung für die beantragte Leistung.

## Weitere Informationen

- Merkblatt zur finanziellen Unterstützung von Kranken und Angehörigen
- Eva Wiesendanger, Tel. 058 058 80 00, [eva.wiesendanger@alz.ch](mailto:eva.wiesendanger@alz.ch)

Der oder die Gesuchsteller\_in bzw. deren Vertreter\_in bestätigt hiermit die Richtigkeit der oben erwähnten Angaben.

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_

wenn Unterschrift durch Vertreter\_in, bitte Beziehung zur betroffenen Person angeben:

\_\_\_\_\_

## Formular senden an:

Alzheimer Schweiz  
Eva Wiesendanger  
Gurtengasse 3  
3011 Bern