

Richiesta di sostegno finanziario per malati e familiari

Tutti i dati vengono trattati in modo confidenziale e sono soggetti alle misure sulla protezione dei dati.

Dati personali

	Persona malata	Moglie / marito	Rappresentante
Cognome			
Nome			
Data di nascita			
Luogo d'attinenza			
Via, n.			
NPA / luogo			
N. di tel. privato			
N. di tel. lavorativo			

Cifra richiesta CHF

Conto
 [per il trasferimento,
 in caso la richiesta
 venga accolta] Intestatario del conto

 N. del conto

 oppure IBAN

Decisione della commissione in merito al sostegno finanziario dei malati e dei familiari (non compilare)

Richiesta accettata / rifiutata	Richiesta accettata / rifiutata	Richiesta accettata / rifiutata
Data, firma	Data, firma	Data, firma

Quantificazione e giustificazione della richiesta

Prestazione una tantum per		Prestazioni periodiche per		Importo totale	
Momento previsto		Dal	al		
Richiesta: CHF		Richiesta: CHF		CHF	
Motivazione		Motivazione			

Dati sulla situazione finanziaria della persona malata e della moglie / del marito

Entrate	CHF al mese
1) AVS e/o rendita IV	
2) Cassa pensione	
3) Pensione estera	
4) Prestazioni complementari [attuali o richiesta pendente]	
5) Assegni per grandi invalidi [attuali o richiesta pendente]	
6) Reddito professionale	
7) Altre entrate	

Uscite	
1) Affitto [con costi accessori]	
2) Tasse	
3) Cassa malati	
4) Costi per Spitex (ev. casa di cura)	
5) Costi di trasporto	

Patrimonio	
1) Conto bancario o postale	
2) Proprietà immobili [per es. casa o appartamento]	

Allegati

Devono essere allegati i documenti pertinenti alla situazione finanziaria (copia completa della dichiarazione dei redditi, eventualmente la decisione sulle prestazioni complementari), nonché un preventivo di spesa o una fattura per la prestazione richiesta.

Ulteriori informazioni

- Foglio informativo sul sostegno finanziario per i malati e i familiari
- Eva Wiesendanger, n. di tel. 058 058 80 00, eva.wiesendanger@alz.ch

Il richiedente o il suo rappresentante conferma l'esattezza delle informazioni di cui sopra.

Data / firma:

se la firma è di un rappresentante, si prega di indicare la relazione con la persona interessata:

Inviare il formulario a:

Alzheimer Svizzera
Eva Wiesendanger
Gurtengasse 3
3011 Berna