



**MUKOVISZIDOSE**<sup>ev</sup>

Landesverband Baden-Württemberg

## Antrag von Patienten auf finanzielle Unterstützung durch den Unterstützungsfond des Mukoviszidose e.V. Landesverband Baden-Württemberg

Antragsteller (Name, Vorname, Kontaktdaten, email):

Antragsteller ist:

- CF-Patient  Angehöriger  
 Sonstiges:

Höhe der beantragten Unterstützung:

EUR

Verwendungszeck/Beschreibung des Vorhabens:

Angaben zur Lebenssituation:

- ledig  verheiratet  
 Sonstiges:

Angaben zur finanziellen Situation:

- Gehalt EUR  EU-Rente EUR  
 Unterstützung EUR  Einkommen des Partners EUR  
 Sonstiges EUR

Befreiung von Zuzahlungen für Medikamente:

- Ja  Nein

**Angaben zur Wohnsituation:**

- in Miete                       im Eigentum                       bei den Eltern                       allein  
 mit Partner                       in einer WG

**Beigefügte Belege/Nachweise**

- Befreiung von Zuzahlung                       Einkommensnachweis (Rentenbescheid,  
Gehaltsabrechnung u.a.)  
 Anmeldebescheinigung                       Rechnung                       Teilnahmebescheinigung  
 Sonstiges

**Haben Sie bereits Leistungen durch einen anderen Unterstützungsfonds des Mukoviszidose e.V. oder des Mukoviszidose e.V. Landesverband Baden-Württemberg erhalten?**

- Nein  
 Ja, und zwar:  
 Unterstützungsfond Mukoviszidose e.V. Bonn  
 Unterstützungsfond Mukoviszidose e.V. Landesverband BW  
 Fond „Selbstbestimmtes Leben“ (Bonn)  
 Gesundheitskosten-Soforthilfe (Bonn)

**Sonstige Erläuterungen:**

**Bankverbindung:**

**IBAN:**

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Bitte senden Sie diesen Antrag gemeinsam mit den Nachweisen (Kopien sind ausreichend) an:

Mukoviszidose e.V.  
Landesverband Baden-Württemberg  
**- Unterstützungsfond -**  
Hasenweg 1

71063 Sindelfingen