

**Einkommensfragebogen für finanzielle Unterstützung des
Mukoviszidose e.V. Leipzig**

Bitte zurücksenden an :

Mukoviszidose e.V. Leipzig
Theresienstr. 63 | 04129 Leipzig

oder

info@muko-leipzig.de

Hinweis: Der Mukoviszidose e.V. Leipzig behandelt Ihre Daten vertraulich. Diese sind nur dem geschäftsführenden Vorstand zugänglich.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Straße: _____ PLZ, Ort _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Antragsteller ist:

- CF-Patient*in
- Angehöriger

Ich beantrage einmalig eine finanzielle Unterstützung beim Mukoviszidose e.V. Leipzig.

Hinweis: Über den Antrag entscheidet der geschäftsführende Vorstand des Mukoviszidose e.V. Leipzig. Der Mukoviszidose e.V. Leipzig hat das Recht auf Nachprüfung und anfordern von weiteren Auskünften, Belegen.

Personen die eine Bedürftigkeit (z.B. ALG I, ALG II, Grundsicherung) nachweisen können, werden bei der Auswahl besonders berücksichtigt. Die vollständigen und aktuellen Bescheide sind in Kopie beizufügen.

Im Haushalt lebende Personen:

	Name	Alter	Beruf (ausgeübt)	CF
Antragsteller*in:				
Partner*in				
1. Kind				
2. Kind				

Monatliches Einkommen (bitte Belegkopie beilegen):

	Antragsteller*in	Partner*in
Gehalt/ Lohn netto:	€	€
Rente:	€	€
ALG I:	€	€
ALG II /Grundsicherung / Sozialhilfe:	€	€
Krankengeld:	€	€
Wohngeld :	€	€
Kindergeld:	€	€
Erziehungsgeld:	€	€
Pflegegeld:	€	€
Sonstiges (Mieteinnahmen, Unterhalt):	€	€
Summe	€	€

Ich habe auch an anderen Stellen finanzielle Unterstützung beantragt

- nein
- ja, und zwar bei

Hinweis: Es erfolgt dorthin keine Kontaktaufnahme ohne Ihre Erlaubnis.

Ich bestätige, dass ich alle Angaben in diesem Fragebogen wahrheitsgemäß gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift
(CF-Patient*in, Erziehungsberechtigter)