

Avenue Pratifori 22
Postfach 287
1951 Sitten

Antrag der einmaligen Hilfe für kranke oder verletzte Kinder

1. Angaben über die antragstellende Person

Name _____ AHV-Nr. 756. _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ PLZ, Ort _____

Telefon-Nr. _____ E-Mail _____

Zivilstand verheiratet wiederverheiratet eingetragene Partnerschaft ledig

Witwer/Witwe getrennt geschieden

↪ seit _____

2. Angaben über den anderen Elternteil des Haushalts

Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	AHV-Nummer
				756.

3. Information zur Krankenhausbehandlung des Kindes

Beginn der Behandlungen _____

Ende der Behandlungen _____ Wenn nicht beendet, mögliche Dauer _____

4. Gründe der Anfrage

Typ	Grund / Motiv	Betrag
Lohnausfall (monatlicher Betrag)		
Transportkosten		
Kosten für auswertige Mahlzeiten		
Unterkunftskosten		
Kosten für Haushaltshilfe		
Kosten für Kinderhüte- dienst		

5. Zahlungsadresse

Name des Kontoinhabers _____

IBAN: CH _____

6. Erklärung und Unterschrift

Ich bestätige hiermit, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich mache mich strafbar, wenn ich durch unwahre Angaben oder durch Verschweigen von Tatsachen nicht gerechtfertigte Zahlungen erlange. Zu Unrecht erhaltene Zulagen sind zurückzuzahlen.

Ort und Datum

Unterschrift

Dokumente, welche der Anfrage beizulegen sind:

Belege: - der Löhne

- der Transportkosten
- der Kosten für auswertige Mahlzeiten
- der Unterkunftskosten
- der Kosten für Haushaltshilfe oder Kinderhütendienst

Bestätigung des Krankenhausaufenthalts oder der Pflege