


SMZ		 CANTON DU VALAIS KANTON VALAIS
-----	--	--

Anfrage zur Übernahme außerordentlicher medizinischen Kosten

Kontakt Daten des Sozialhilfeempfängers (Akteninhaber)

Name der Gemeinde		Kantons Nr.	
Name		Vorname	
Geboren am		AHV Nr.	
Name des Sozialarbeiters			

Grund(e) für die Anfrage und Details

Bitte fügen Sie die Begleitdokumente (Krankenversicherung, Gesundheitskosten, ärztliches Attest, Rezepte, usw.) bei.

Geschätzte Kosten:		Dauer	
Bei monatlichen Kosten wird die Deckung beantragt ab:		Bis:	
Datum		SMZ Unterschrift:	

Vormeinung durch die Dienststelle für Sozialwesen

Die Vormeinung für den Antrag ist positiv :

Die Vormeinung für den Antrag ist negativ :

Datum und Unterschrift:

Bemerkung(en):