CMS Choisissez un élément.

Choisissez un élément.

Anfrage zur Übernahme außerordentlicher medizinischen Kosten

1. Kontaktdaten des Sozialhilfeemempfgängers

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Kantons Nr. |  |
| Gemeinde |  |
| Name des Sozialarbeiters |  |

1. **Grund(e) für die Anfrage und Details**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kosten |  | | | |
| Dauer / Deckung beantragt | Von : |  | Bis : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum |  |

SMZ /RKW Unterschrift :

1. **Vormeinung durch die Dienststelle für Sozialwesen**

Die Vormeinung für den Antrag ist positiv

Die Vormeinung für den Antrag ist negativ

Kommentare und Klarstellungen zur Vormeinung:

|  |  |
| --- | --- |
| Datum |  |

DSW Unterschrift: