

Anfrage zur Übernahme außerordentlicher medizinischen Kosten

1. Kontaktdaten des Sozialhilfeempfängers (Akteninhaber)

Name	
Vorname	
Kantons Nr.	
Gemeinde	
Name des Sozialarbeiters	

2. 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 :

3. 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 :