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: