

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<br>(monatlicher Betrag) |               |        |
| Transportkosten                     |               |        |
| Kosten für auswertige<br>Mahlzeiten |               |        |
| Unterkunftskosten                   |               |        |
| Kosten für<br>Haushaltshilfe        |               |        |
| Kosten für Kinderhüte-<br>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