

FONDATION DE LA MUCOVISCIDOSE

Demande de contribution pour adultes atteints de mucoviscidose

REMARQUE: Après réception de votre demande au secrétariat de la Fondation de la Mucoviscidose, un assistant social ou une assistante sociale se mettra en rapport avec vous. Ceci afin d'éclaircir la situation générale et pour s'assurer que tous les moyens légaux des assurances sociales ont été épuisés.

| | |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>Nom:</u> | <u>Prénom:</u> |
| <u>Rue/n°:</u> | <u>NP/Lieu:</u> |
| <u>Date de naissance:</u> | <u>Etat civil:</u> |
| <u>N° de tél. privé:</u> | <u>E-Mail:</u> |
| <u>N° de tél. professionnel:</u> | |
| <u>Formations / titres obtenus:</u> | <u>Profession actuelle:</u> |
| <u>N° AVS/AI:</u> | <u>Caisse maladie:</u> |
| <u>Enfants</u> (nom/prénom, âge): | <u>Domicile:</u> chez les parents: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non logement individuel: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non avec conjoint/compagnon <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <u>Rente AI en %:</u> | <u>Temps de travail en %:</u> |

Informations sur la situation financière (tout montant compté par mois)

| | Revenus | Dépenses |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|
| Salaire net (y compris le 13e et la gratification) | | 0.-- |
| Salaire du conjoint/ de la conjointe | | 0.-- |
| Rente AI | | 0.-- |
| Prestations complémentaires (PC) | | 0.-- |
| Prestations pour impotence (PI) | | 0.-- |
| Loyer (avec charges) | 0.-- | |
| Cotisation caisse maladie (dépenses), éventuellement subside cantonal (revenu) | | |
| Médicaments non pris en charge | 0.-- | |
| Transports (voiture + transports publics) | 0.-- | |
| Nourriture | 0.-- | |
| Frais courants (argent de poche, vacances, loisirs, vêtements, coiffeur, ménage, etc) | 0.-- | |
| Impôts, assurances | 0.-- | |
| Autres revenus/dépenses (p.ex. dettes) | | |
| <u>Total:</u> | | |

Informations complémentaires

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <u>Médecin traitant:</u> | |
| Première demande? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Renouvellement? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Etes-vous suivi par un service social? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Si oui: par lequel? (adresse complète) |
| Avez-vous déjà fait une demande à la Société Suisse pour la Fibrose Kystique? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Si oui: pour quel montant? |

Je désire une contribution mensuelle-

Montant:

Raison de la demande :

(Si nécessaire, veuillez vous servir d'une feuille supplémentaire!)

Ou: Je désire une contribution unique.

Montant:

Raison de la demande :

(Si nécessaire, veuillez vous servir d'une feuille supplémentaire!)

Liaison postale ou bancaire (nom de la banque, siège et n° de clearing) et n° de compte :

À joindre à la demande:

- certificat médical confirmant que vous souffrez de la mucoviscidose (nécessaire que pour votre première demande)
- photocopie de votre dernière facture fiscale
- photocopie de la décision AI sur la rente et PC/PI
- photocopie d'une fiche de salaire récente
- si possible un bulletin de versement CCP ou compte bancaire

Le soussigné/la soussignée certifie que les informations ci-dessus sont exactes:

Lieu/date:

Signature:

Cette demande est à adresser à :

FONDATION DE LA MUCOVISCIDOSE
Av. de Provence 12
1007 Lausanne
www.mucoviscidose.ch
Tel. 021 623 37 17