



**Fragebogen zum Unterstützungsfonds des Mukoviszidose e.V. und des Mukoviszidose Landesverbandes Berlin-Brandenburg e. V.**

Bitte zurücksenden an: Mukoviszidose Landesverband Berlin-Brandenburg e.V.,  
Rykestr. 25, 10405 Berlin, [kontakt@muko-berlin-brandenburg.de](mailto:kontakt@muko-berlin-brandenburg.de); Fax: 030-20 88 64 29

Hinweis: Der Mukoviszidose Landesverband Berlin-Brandenburg e.V. behandelt Ihre Daten vertraulich. Neben den Mitarbeiterinnen der Kontakt- und Beratungsstelle sind Ihre Daten nur den Verantwortlichen des Mukoviszidose e.V. - Bundesverband Cystische Fibrose (CF) in Bonn zur abschließenden Bearbeitung des Antragsverfahrens zugänglich.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ u. Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Antragsteller ist:  CF-Patient     Angehöriger     sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich beantrage einen einmaligen finanziellen Zuschuss in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

für folgende Ausgaben: (bitte entsprechende Belege in Kopie zusenden)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Begründung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Im Haushalt lebende Personen:

	Name	Alter	Beruf (erlernt/ausgeübt)	Mukoviszidose
<b>Antragsteller/in:</b>	_____	_____	_____	ja / nein
<b>(Ehe-) Partner/in:</b>	_____	_____	_____	ja / nein
<b>1. Kind:</b>	_____	_____	_____	ja / nein
<b>2. Kind:</b>	_____	_____	_____	ja / nein
<b>3. Kind:</b>	_____	_____	_____	ja / nein

**Monatliches Einkommen**

(bitte Belegkopien beilegen):

	des Antragstellers	des Partners
Gehalt / Lohn netto:	_____ €	_____ €
Rente:	_____ €	_____ €
Arbeitslosengeld:	_____ €	_____ €
Sozialhilfe / Arbeitslosengeld II / Grundsicherung	_____ €	_____ €
Krankengeld:	_____ €	_____ €
Wohngeld / Lastenzuschuss:	_____ €	_____ €
Kindergeld:	_____ €	_____ €
Erziehungsgeld:	_____ €	_____ €
Pflegegeld:	_____ €	_____ €
Sonstiges:	_____ €	_____ €
<b>Summe:</b>	_____ €	_____ €

**Monatliche Ausgaben:**

Wohnen (Miete und Nebenkosten)	_____ €
Verkehrsmittel (Auto, Bahn, Bus)	_____ €
Telefon, Versicherungen, Mitgliedsbeiträge	_____ €
Strom und Wasser	_____ €
Schuldentilgung	_____ €
Sonstiges, z.B. Unterhaltszahlungen	_____ €
<b>Summe:</b>	_____ €

**Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen meines Antrages an den Unterstützungsfonds erhobenen Daten an die zuständigen Mitarbeiterinnen des Mukoviszidose e.V. Bonn - Bundesverband Cystische Fibrose (CF) in Bonn weitergegeben und dort zur abschließenden Bearbeitung meines Antrages genutzt werden.**

Ich bestätige, dass ich alle Angaben in diesem Fragebogen wahrheitsgemäß gemacht habe.  
Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, dass kein nennenswertes Vermögen vorliegt, aus dem die beantragte Ausgabe bestritten werden könnte.

---

Ort,

---

Datum

---

Unterschrift