



## SUV-Fond

### Gesuch um einen finanziellen Beitrag für Hilfsmittel

#### 1. Persönliche Angaben des betroffenen Kindes oder der/des Jugendlichen

Name und Vorname(n):

Adresse (Strasse, Ort):

AHV Nummer:

Geburtsdatum:

E-mail:

Telefonnummer:

Schule / Ausbilder:

#### 2. Gesetzlicher Vertreter (Vater, Mutter, andere)

Wer hat das Sorgerecht?

Beide Eltern

Mutter /  Vater

Andere (präzisieren) : .....

Name und Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Arbeitgeber:

Finanzielle Situation:

*\*Steuerentscheide der letzten 2 Jahre beilegen*

### 3. Information bezüglich der Einschränkung in Folge des Unfalles / der Krankheit

Situation*:	
Seit wann besteht diese?	
Ursache:	<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Andere
Name und Adresse des behandelnden Arztes, Spezialisten oder Spitals, welche Auskunft geben können :	
Zusätzliche Angaben:	

*\*Dokumente beilegen*

### 4. Ersuchte Beteiligung

	Beschreibung	Gesamtkosten*	Gesuch um Beteiligung
Hilfsmittel*:		CHF	CHF
Ausbildungshilfen*:		CHF	CHF
Ausrüstung, bauliche Veränderungen * :		CHF	CHF
Anderes * :		CHF	CHF

*\*Belege beifügen*

## 5. Versicherung/en des betroffenen Kindes oder der/des Jugendlichen

Krankenkasse* :	
Zusatzversicherung* :	
Andere betroffene Instanzen*:	
Haben Sie bei einer anderen Instanz ein Gesuch eingereicht? Erhalten Sie eine andere finanzielle Unterstützung?	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja.	
Welche und wann?*	

\* Belege beifügen

## 6. Bankverbindung :

Kontoinhaber:	
IBAN oder Postcheckkonto:	
Name und Ort der Bank:	

## 7. Bemerkungen :

Bemerkungen:
--------------

## 8. Ermächtigung zur Kommunikation von Auskünften:

Mit Geltendmachung ihres Leistungsanspruchs und Unterzeichnung des Formulars ermächtigt die versicherte Person bzw. ihr gesetzlicher Vertreter die aufgeführten Personen und Stellen, der Schülerunfallversicherung alle Informationen und Unterlagen weiterzugeben, die für die Prüfung des Leistungsanspruchs und des Beschwerderechts im Hinblick auf die Entscheidungsfindung notwendig sind.

Ort und Datum

Unterschrift der betroffenen Person oder der/s gesetzlichen Vertreterin/s

Beizulegende Dokumente:

- Kopie des Krankenkassenausweises
- Kopie der Arztberichte
- Kostenvoranschlag/Rechnungen
- Steuerbescheid

Durch die Behörden auszufüllen

Erhalten am:	
Dossier Nummer:	
Entscheid:	
Bemerkungen:	
Betrag ausbezahlt:	

---

800\_SUV\_Fond\_formular\_d