

Formulaire de demande pour un soutien financier pour malades et proches

Toutes les données sont traitées confidentiellement et soumises à la réglementation sur la protection des données.

Données personnelles

	Personne malade	Conjoint-e	Représentant-e
Nom			
Prénom			
Date de naissance			
Lieu d'origine			
Rue, No			
NPA / Localité			
Téléphone privé			
Téléphone prof.			

Montant du soutien demandé CHF

Compte à utiliser pour le virement (si la demande est acceptée) Titulaire de compte

No CCP

ou IBAN

Décision de la commission pour le soutien financier des malades et de leurs proches (ne pas remplir)

accepté / refusé accepté / refusé accepté / refusé

Date, signature Date, signature Date, signature

Montant et motivation de la demande

Prestation unique pour		Prestation périodique pour		Montant total	
Date prévue		du	au		
Demande CHF		Demande CHF		CHF	
Motif		Motif			

Informations sur la situation financière de la personne malade et de la / du conjoint-e

Revenu	CHF par mois
1) Rente AVS resp. AI	
2) Caisse de pension	
3) Rente étrangère	
4) Prestations complémentaires (actuelles ou demande en cours)	
5) Allocation pour impotent (actuelle ou demande en cours)	
6) Revenu professionnel	
7) Autres revenus	

Dépenses	
1) Loyer et charges	
2) Impôts	
3) Assurance-maladie	
4) Frais soins à domicile (év. EMS)	
5) Frais de transport	

Fortune	
1) Comptes bancaires et/ou postaux	
2) Fortune immobilière (maison ou appartement)	

Annexes

Joindre les documents correspondants (copie de la taxation d'impôts, év. décision concernant les prestations complémentaires) et respectivement un devis ou une facture pour la prestation concernée (p.ex. vacances, foyer de jour etc.).

Information supplémentaires

- Mémento sur le soutien financier aux malades et à leurs proches
- Eva Wiesendanger, tél. 058 058 80 00, eva.wiesendanger@alz.ch

Le requérant/la requérante ou son représentant/sa représentante confirme l'exactitude des indications ci-dessus.

Date / signature: _____

si représentant-e, indiquer svp. le lien avec le/la requérant-e

Envoyer le formulaire à:

Alzheimer Suisse
Eva Wiesendanger
Gurtengasse 3
3011 Berne