



BEITRAGSGESUCH

1. Gesuchsteller/in

Name _____ Vorname _____
Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____
Geburtsdatum _____ Zivilstand _____
Beruf _____

2. Partner/in

Name _____ Vorname _____
Beruf _____

3. Kinder

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Schule/Tätigkeit _____
Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Schule/Tätigkeit _____
Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Schule/Tätigkeit _____

4. Beschrieb der Familienverhältnisse

5. Grad der Sehschwäche

Blind Hochgradig sehschwach

Kurze Darstellung der Behinderung und wie sie sich auswirkt:

6. Aktuelle Tätigkeit/Schule

7. Umschulung

Was wurde zwecks Eingliederung unternommen?

8. Einkommen

Bruttoeinkommen	Arbeitseinkünfte	monatlich	CHF	<hr/>
	Renten AHV/IV	monatlich	CHF	<hr/>
	andere Renten	monatlich	CHF	<hr/>
	weitere Einkommen	monatlich	CHF	<hr/>
Steuerfaktoren:		Einkommen	CHF	<hr/>
		Vermögen	CHF	<hr/>
Bestehen Zahlungsrückstände?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Betrag	CHF	<hr/>

9. Antrag und Begründung

Wozu wird ein Beitrag gewünscht? (Behandlungskosten, Rehabilitationskosten, höhere Auslagen usw.)

10. Finanzierungsplan (bei umfassenden Hilfeleistungen)

a) Gesamtbedarf			CHF	<hr/>
b) Beiträge anderer Organisationen				
	Regionale Beratungsstelle		CHF	<hr/>
	-		CHF	<hr/>
	-		CHF	<hr/>
	-		CHF	<hr/>
	Total	CHF	- CHF	<hr/>
	Fehlbetrag		CHF	<hr/>
c) Beantragter Beitrag der Fritz und Julia Jörg-Stiftung			CHF	<hr/>

11. Bemerkungen

Geschäftsstelle

FRITZ UND JULIA JÖRG-STIFTUNG

p.A. Treuhand Schwab AG, Freiburgstrasse 65, 3280 Murten
Telefon 026 672 90 00, bernhard.schwab@bschwab.ch

12. Auszahlungsart und Adressat (zutreffendes ankreuzen und ausfüllen)

- a) an Gesuchsteller/in Bank PC-Nr.
 Bank-Konto-Nr. Zahlungsanweisung Post
- b) an Beratungsstelle
- c) Zahlung gemäss beiliegender Rechnung mit Einzahlungsschein

Beitragsgesuche bitte im Doppel einreichen, wenn nötig mit Ergänzungsblättern

Ort _____ Datum _____

Unterschrift _____

Beilagen:

- Kopie der letzten Steuerveranlagung (Eintretungsvoraussetzung)
- Medizinischer Attest zur Sehbehinderung
- _____
- _____
- _____