

Stiftung Sunnesyte

Schauplatzgasse 21, Postfach, 3001 Bern
031 328 85 28
www.sunnesyte.ch
info@sunnesyte.ch

Stiftung Sunnesyte
Schauplatzgasse 21
Postfach
3001 Bern

Beitragsgesuch

Gesuchstellende Person/Familie

Name _____
Vorname _____
Zivilstand _____ Geb.datum _____
Adresse _____
PLZ Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____
Beruf _____
Arbeitgeber _____
Erwerbstätigkeit _____ Nationalität _____

Zusammensetzung des Haushaltes

Anzahl Personen im Haushalt ____ erwachsene Person/en und ____ Kind/er:

Vorname Kind _____ Jahrgang: _____
Vorname Kind _____ Jahrgang: _____
Vorname Kind _____ Jahrgang: _____
Vorname Kind _____ Jahrgang: _____

Kontaktdaten Drittstelle

Institution _____
Kontaktperson _____
Adresse _____
E-Mail / Telefon _____

Stiftung Sunnesyte

Schauplatzgasse 21, Postfach, 3001 Bern
031 328 85 28
www.sunnesyte.ch
info@sunnesyte.ch

Durchschnittliches Monatsbudget / Übersicht über die finanzielle Situation des Haushaltes

Einnahmen		<i>Bemerkungen</i>
Erwerbseinkommen / Lohn	_____	_____
Sozialhilfe	_____	(Gemeinde _____)
Andere	_____	_____
Total Einnahmen	_____	

Ausgaben		<i>Bemerkungen</i>
Mietzins inkl. Nebenkosten	_____	_____
Krankenkassen-Prämien	_____	_____
Kinderbetreuung	_____	_____
Steuern	_____	_____
Leasing	_____	_____
Anderes	_____	_____
Total Ausgaben	_____	

Vermögen		<i>Bemerkungen</i>
Sparguthaben	_____	_____
Grundstück/Liegenschaft (Steuerwert)	_____	_____
Total Vermögen	_____	

Schulden		<i>Bemerkungen</i>
Hypothekarschulden	_____	_____
Andere Schulden	_____	_____
Total Schulden	_____	

Stiftung Sunnesyte

Schauplatzgasse 21, Postfach, 3001 Bern
031 328 85 28
www.sunnesyte.ch
info@sunnesyte.ch

Beschreibung Situation und Schilderung Problem (Krankheit/Behinderung)

Zweck der beantragten Leistung

Gewünschter Unterstützungsbeitrag CHF _____

Finanzierungsplan (bei einem Betrag über CHF 3'000)

Organisation/Stiftung/Fonds _____ Betrag _____

Organisation/Stiftung/Fonds _____ Betrag _____

Organisation/Stiftung/Fonds _____ Betrag _____

Datum/Unterschrift gesuchstellende Person _____

Datum/Unterschrift Drittstelle (wenn einbezogen) _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle Angaben wahrheitsgetreu sind.

Beilagen

- Ärztliche Bescheinigung über Krankheit/Behinderung
- IV-Entscheid
- Kostenvoranschlag / Auflistung der zu erwartenden Kosten
- Einzahlungsschein

Die Unterschreibenden nehmen zur Kenntnis, dass Daten für weitere Abklärungen weitergegeben/eingeholt werden können resp. die Stiftung Sunnesyte bei Bedarf mit Drittstellen Kontakt aufnehmen kann. Auf die Leistungen der Stiftung Sunnesyte besteht kein rechtlicher Anspruch.