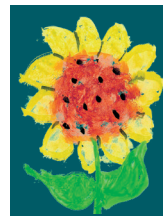


ANSUCHEN

um finanzielle Unterstützung für **eine Therapie / Behandlung:**

Verein **SONNENBLUME**® Postfach 12, 6850 Dornbirn, Tel. +43 (0) 677 63200355
info@sonnenblume.or.at www.vereinsonnenblume.at



SONNENBLUME®

Kontaktdaten 1

Vor- und Zuname des/der ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN	
Vor- und Zuname des KINDES	Geburtsdatum
Wohnanschrift ADRESSE	
Tel. / Handy	E-mail
BESCHÄFTIGUNG / BETREUUNG in welcher Institution / Schule?	DATUM der Einreichung

Sind Sie schon Mitglied?

Um Ihr Ansuchen bearbeiten zu können, bitten wir Sie, Ihren Mitgliedsbeitrag einzuzahlen.

Mitgliedsbeitrag (pro Jahr):

€ 10,-

Konto: Verein Sonnenblume

IBAN:

AT26 2060 2000 0112 7000

BIC: DOSPAT2DXXX

Verwendungszweck:

Neumitglied- und Name des Kindes angeben

Diagnose 2

Krankheitsbild / Diagnose:	 Jeweils 1 separater Antrag pro Kind und pro Ansuchen (Therapie, Heilbehelfe oder sonst. Unterstützung) erforderlich. Mehrfachansuchen sind jederzeit möglich!
Datum,	Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten
Name des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin	

Unterstützung 3

Beschreibung des Förderungswunsches:
Therapiekosten gesamt
€
Haben Sie bereits Förderungen vom Verein Sonnenblume erhalten?
☐ nein ☐ im selben Jahr ☐ im letzten Jahr ☐ vor zwei Jahren ☐ länger


Wichtiger Hinweis für Sie!

VOR Ansuchenstellung beim Verein Sonnenblume MÜSSEN bei nachfolgenden Institutionen Anträge gestellt werden. Die Bescheide (Ablehnung bzw. Rückerstattung) sind dem Antrag AUSNAHMSLOS (in Kopie) beizulegen.

Bitte fragen Sie bei Ihrer Hauptversicherung an.

(Nicht notwendig bei Therapien im aks, LZH-Schule oder Schulheim Mäder)

ÖGK: Jahngasse 4, 6850 Dornbirn, Tel. 050 76619

BVAEB: Montfortstr. 11, 6900 Bregenz Tel. 050 4052 9700

SVS: Schlossgraben 14, 6800 Feldkirch, Tel. 050 808 808

Erhaltene Förderungen

Bitte Einzelposition auflisten

€

€

€

Heizkostenzuschuss

(Nur notwendig bei Therapien im aks, LZH-Schule oder Schulheim Mäder)

☐ abgelehnt ☐ erteilt

Privatversicherungen (oder andere gemeinnützige Institutionen)

Welche? _____

☐ abgelehnt ☐ erteilt €

☐ abgelehnt ☐ erteilt €

Gesamtkosten € _____

abzüglich gesamt erhaltene Förderungen € _____

offener Betrag € _____


Wichtiger Hinweis für Sie!

Nur bei Vorhandensein aller nachstehend angeforderten Unterlagen wird Ihr Antrag bearbeitet.

- ☐ Ablehnungsschreiben ihrer Hauptversicherung (Details siehe Pos. 4)
- ☐ Erstattungsschreiben ihrer Hauptversicherung (Details siehe Pos. 4)
- ☐ Meldebestätigung des Kindes
- ☐ Ärztliche Bestätigung über die gesundheitliche Beeinträchtigung
- ☐ Beschreibung des Förderungsgrundes- /wunsches (Details siehe Pos. 3)
- ☐ Rechnungs- und Zahlungsbestätigung (wenn bereits bezahlt)



Bitte legen Sie die vollständigen Unterlagen dem Ansuchen bei!


Dieses Feld bitte NICHT AUSFÜLLEN!

Bankinstitut _____

Kontoinhaber*in _____

Konto Nr. bzw.

IBAN

BIC

Erteilter Betrag

Datum der Erteilung

Bearbeiter*in / Unterschrift

Anträge (abgelehnt/erstattet) 14

Checkliste 15

Konto 16