**Antragsformular zur finanziellen Unterstützung bei der Anschaffung einer Sehhilfe**

Bitte füllen Sie das Formular vollständig und korrekt aus, damit wir Ihr Gesuch auf finanzielle Unterstützung bei der Beschaffung einer Sehhilfe prüfen können. **Bitte senden Sie die erwähnten Unterlagen mit.**

**Persönliche Angaben (Antragstellerin, Antragsteller)**

Name:

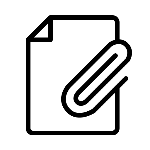
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vorname: |  |  |
| Strasse, Nr.: |  |  |
| PLZ, Ort: |  |  |
| E-Mail-Adresse: |  |  |
| Telefonnummer / Mobilnummer: |  |  |
| Geburtsdatum: |  |  |

**Angaben zur Krankenversicherung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Krankenversicherung: |  |  |
| Versichertennummer: |  |  |
| AHV-Nummer (756.xxx.xxx.xx): |  |  |

**Finanzielle Situation**

**Verfügen Sie über Ergänzungsleistungen?**

  Ja

Bitte aktuelle Verfügung betreffend Zusatzleistungen zu AHV / IV beifügen (Anhang)

 Nein

Bitte aktuelle Kontoauszüge und Steuerrechnung beifügen.

Falls keine Unterlagen beigelegt werden können, bitte Zustimmung zur Einsichtnahme in Steuerdaten geben:

 Ja, ich stimme zu, dass die Geschäftsleitung der Stiftung Einsicht in meine Steuerdaten nimmt.

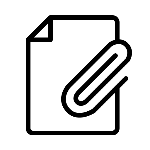
**Angaben zur Sehhilfe**

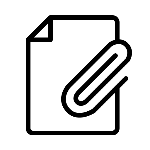
Benötigte Sehhilfe:

 Brille  Kontaktlinsen  Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Begründung für den Antrag:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Bitte fügen Sie ein ärztliches Rezept für die Sehhilfe bei.

**Kostenvoranschlag / Rechnung / Quittung:**  Angefügt

**Bankverbindung für die Auszahlung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kontoinhaber: |  |  |
| Bank: |  |  |
| IBAN: |  |  |

**Ich bestätige, die Angaben in diesem Antrag vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.**

**Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben zur Überprüfung meines Antrags verwendet werden.**

**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Erforderliche Unterlagen für einen vollständigen Antrag:**

1. Dieses Antragsformular (korrekt und vollständig ausgefüllt)
2. Ärztliches Rezept für die Sehhilfe
3. Kostenvoranschlag, Rechnung oder Quittung für die Sehhilfe
4. Falls vorhanden: Verfügung über Zusatzleistung zu AHV / IV oder aktuelle Kontoauszüge und Steuererklärung

**Bitte senden Sie Ihren Antrag per Post oder per E-Mail an:**

Max Rudolf Forrer Stiftung

Zentrale Dienste Soziales

Bahnhofstrasse 17

8610 Uster

E-Mail: [zd-soziales@uster.ch](mailto:zd-soziales@uster.ch)