



Mitglieds-Nr. _____

Hilfegesuch

Datum _____._____._____

Zu meiner Gesundheit habe ich _____ (Vorname, Familienname)

mich zu folgender Behandlung _____ (Beschreibung)

entschieden. Die Kosten dafür belaufen sich auf _____ ([] exakt / [] ungefähr).

[] ich bitte um tatkräftige Unterstützung.

Mein eigenes Budget genügt nicht, um dies bezahlen zu können. Ich bitte daher um Unterstützung der Solidargemeinschaft.

Ich bin Teil der Ortsgruppe _____

mit der Ortsgruppennummer _____ [] und bitte diese um Unterstützung.

[] Unsere Ortsgruppe ist / [] NICHT in der Lage diese Behandlung zu bezahlen.

[] Daher bitten wir unsere Region _____ um Unterstützung.

Unterschriften:

_____ (Antragsteller)

_____ (Vergabeausschuß Ortsgruppe)

_____ (Vergabeausschuß Region)

Bearbeitungsvermerke

_____ aktuelles Budget des Menschen

_____ aktuelles Budget der Ortsgruppe

_____ Nr. der Region

_____ aktuelles Budget der Region

Unterschriften Verwaltung

_____ (Vergabeausschuß)

Hinweise:

Eine Unterschrift des Vergabeausschusses von Ortsgruppe oder Region kommt einer Bewilligung gleich. Nach Bearbeitung bittet die Verwaltung, dieses Hilfegesuch an hilfegesuch@gesundmachtmunter.org zu mailen oder per Post einzusenden.

Sollte es zu einer Auszahlung aus dem "langfristigen" Solidarfonds kommen, wird dieser (Teil-) betrag als Ausleihe gewährt und ist zurückzuführen. Zinsen fallen hierbei keine an. Ggf. können über ein eigenes Hilfegesuch Zuwendungen hierfür erbeten werden.