Antragsformular zur finanziellen Unterstützung einer Individualreise

Sehr geehrte Damen und Herren

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und wahrheitsgetreu aus. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Senden Sie das Antragsformular **bis spätestens am 31. März 2019** an

ferien@vereinigung-cerebral.ch oder an untenstehende Postadresse.

Da die Anzahl der Finanzierungen beschränkt ist, bearbeiten wir die Gesuche nach Eingangsdatum.

1. Reise (Was für eine Reise soll mitfinanziert werden?):

|  |  |
| --- | --- |
| Art der Reise: |  |
| Assistenzpersonen (Anzahl oder Namen): |  |
| Zusätzliche Mitreisende mit Namen: |  |
| Anzahl Übernachtungen: |  |
| Gewünschtes Reisebüro: |  |
| Weiteres: |  |

2. Finanzierungsplan (Wieviel soll die Reise kosten und wie soll sie finanziert werden?):

|  |  |
| --- | --- |
| **Geplante Kosten:** | CHF |
| Reisearrangement der Person mit Behinderung (Transport, Kost und Unterkunft) |  |
| Reisespesen der Person mit Behinderung (zusätzliche Verpflegung, Ausflüge usw.) |  |
| Kosten zusätzlicher Hilfsmittel |  |
| Reisearrangement der Mitreisenden |  |
| Reisespesen der Mitreisenden |  |
| Reisearrangement der Assistenzpersonen |  |
| Reisespesen der Assistenzpersonen |  |
| Entschädigung oder Honorar der Assistenzpersonen |  |
| Weiteres (z.B. Versicherungen usw.): |  |
|  |  |
| **Total Kosten:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Geplante Einnahmen:** | CHF |
| Eigenleistung des Antragstellers oder der Antragstellerin |  |
| Leistung anderer Privatpersonen mit Namen: |  |
| Antrag an die Vereinigung Cerebral Schweiz |  |
| Antrag an andere Institutionen/Stiftungen mit Namen: |  |
| Weiteres (z.B. Assistenzbeitrag der IV): |  |
|  |  |
| **Total Einnahmen:** |  |

3. Angaben zur Person mit Behinderung, die finanziell unterstützt werden soll:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⬜ Frau | ⬜ Herr | |
| Name: |  | | |  | Vorname: |  |
| Name / Vorname wie in Pass/ID: | |  | | | | |
| Strasse: |  | | |  | PLZ / Ort: |  |
| Kanton: |  | | |  | Nationalität: |  |
| Tel.-Nr. P: |  | | |  | Mobiltelefon: |  |
| Geb.-Datum: |  | | |  | E-Mail: |  |
| Sozialversicherungsnummer AHV / IV: | | |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Ich habe cerebrale Bewegungsbehinderungen: | ⬜ ja |
| ⬜ nein, ich habe eine andere Behinderung: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ich bin Mitglied der regionalen Vereinigung: | | | | | | |  | | | | | | |
| Falls Sie noch nicht Mitglied sind, melden Sie sich bei der Vereinigung Cerebral in Ihrer Region an und schicken uns die Bestätigung. | | | | | | | | | | | | | |
| Name Ihrer Institution & Wohngruppe: | | | | | | |  | | | | | | |
| Bezugsperson Name: | | | | | | |  | | | | | | |
| E-Mail: |  | | | | | | Tel.: | |  | | | | |
| Korrespondenz schicken an Adresse wie oben | | | | | | | ⬜ ja | | | | | | |
| ⬜ nein, an folgende Adresse: | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
| Rechnung schicken an Adresse wie oben | | | | | | | ⬜ ja | | | | | | |
| ⬜ nein, an folgende Adresse: | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
| Haben Sie einen Beistand: | | | |  | | |  | ⬜ nein | | | ⬜ ja | | | | |
| Welche Art von Beistandschaft: | | | ⬜ Begleit-  beistandschaft | | | ⬜ Mitwirkungs-  beistandschaft | | | | | | ⬜ Vertretungs-  beistandschaft | ⬜ Umfassende  Beistandschaft |
| Name der Beiständin / des Beistandes: | |  | | | | |  |  | |  | | | | |
| E-Mail: | |  | | | | |  | Tel.: | |  | | | | |

Falls Sie nicht selbst handlungsfähig sind, muss Ihr Beistand den Antrag auch unterschreiben (z.B. falls Sie Ihre Finanzen nicht selbst verwalten oder nicht selbst einen Vertrag mit der Assistenzperson unterschreiben dürfen).

4. Gewünschte Unterstützung durch die Vereinigung Cerebral Schweiz:

Wünschen Sie Unterstützung bei der Suche nach Assistenz?

⬜ Ja ⬜ Nein

Wünschen Sie Unterstützung bei den Vorabklärungen für die Reise?

⬜ Ja ⬜ Nein

5. Fragen zum Einverständnis:

Würden Sie uns einen Reisebericht oder Artikel schreiben zur Veröffentlichung?

⬜ Ja ⬜ Nein

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von mir eventuell für Drucksachen und Internet der Vereinigung Cerebral Schweiz verwendet werden.

⬜ Ja ⬜ Nein

Falls ja, lassen Sie uns bitte den Text und / oder ausgewählte Fotos nach der Reise zukommen.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit, welche der Bekanntmachung der Ferienangebote der Vereinigung Cerebral Schweiz dient.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Sozialversicherungsnummer AHV/IV bei Bedarf an die Stiftung „Denk an mich“ und ans BSV weitergegeben wird.

⬜ Ja ⬜ Nein

6. Bemerkungen

Haben Sie weitere besondere Bedürfnisse, wichtige Informationen oder Fragen?

Ort/Datum: Unterschrift Antragssteller/in

Ort/Datum: Unterschrift gesetzliche Vertretung

Mit meiner Unterschrift und/oder der meiner gesetzlichen Vertretung bestätige ich

* von der Ferienbroschüre S. 12/13 oder der Homepage <https://www.vereinigung-cerebral.ch/de/tat/ferienangebote/individualreisen/> Kenntnis zu haben. Ich verpflichte mich, deren Inhalt zu respektieren und entsprechend zu handeln.
* alle Angaben vollständig, genau und wahrheitsgetreu gemacht zu haben. Für Folgen falscher oder unvollständiger Angaben übernimmt die Vereinigung Cerebral Schweiz keine Verantwortung.
* zur Kenntnis zu nehmen, dass ich mich selbst um Versicherungen im Ausland, sowie korrekte Anstellungsbedingungen der Assistenzpersonen kümmern muss. Die Vereinigung Cerebral Schweiz erstellt kein Arbeitsverhältnis und übernimmt keine Verantwortung für die Assistenzpersonen, auch nicht für diejenigen, die von ihr vermittelt werden.