

Antrag

auf Unterstützungsleistung des Hilfsfonds "Ärzte helfen"

Dieses Formular muss von einem Mitglied der Liechtensteinischen
Ärztekammer ausgefüllt werden.

Personalien antragstellende Ärztin / antragstellender Arzt:

Name

Praxisadresse

Telefonnummer

E-Mail

Personalien begünstigte Person:

Name

Geburtsdatum

Adresse

PLZ

Ort

Telefonnummer

E-Mail

Beruf

Ich beantrage für die begünstigte Person die Kostenübernahme folgender Sach-, Geld- oder Dienstleistungen:

Die Kosten der beantragten Unterstützungsleistung sind (möglichst genau):

Handelt es sich um einmalige Kosten?

Ja

Nein

Beschreibung der konkreten Notsituation und Begründung, weshalb die beantragte Unterstützung erforderlich ist:

Die begünstigte Person kann die oben genannten Kosten aus folgenden Gründen nicht selbst tragen:

Wurde die Kostenübernahme bei Sozialversicherungen (Kranken, Unfall- oder Invalidenversicherung etc.) geprüft?

Falls ja, wie hoch sind die gesamten Unterstützungsleistungen von Sozialversicherungen?

Wurde bei weiteren sozialen Unterstützungsorganisationen (z. B. Caritas, Liachtbleck) ein Unterstützungsgesuch gestellt?

Falls ja, wie hoch sind die gesamten Unterstützungsleistungen von sozialen Organisationen?

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigelegt.

Kostenvoranschlag

Ablehnung Kostenübernahme Versicherungen (KV, IV, etc.)

Ablehnung Kostenübernahme soziale Organisationen

Sonstiges

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Angaben nach meinem Kenntnisstand zutreffend sind und ich die beantragte Unterstützungsleistung aufgrund der mir bekannten Umstände als begründet erachte.

Ort und Datum

Unterschrift