

Gesuch um Leistungen der Fürsorgestiftung der Credit Suisse Group (Schweiz)

1. Gesuchsteller

Name/Vorname	
Strasse/Nr.	
PLZ/Ort/Land	
Geburtsdatum	
Telefon	
E-Mail	
PID-Nr. (falls vorhanden)	
AHV-Nr.	
Vertreter/Beistand	
Kontoverbindung	

2. Disclaimer

Die Fürsorgestiftung der Credit Suisse Group (Schweiz) kann nur punktuelle Unterstützungen bei unverschuldeten Notlagen ihrer Destinatäre (Arbeitnehmer und Pensionierte der CS Group AG und gewisser eng verbundener Unternehmen sowie deren Angehörige) bieten. Es besteht **kein Rechtsanspruch** auf Leistungen. Der Entscheid über allfällige Leistungen liegt im freibleibenden Ermessen der Fürsorgestiftung. Es können nur vollständige Gesuche mit allen erforderlichen Beilagen bearbeitet werden. Die Fürsorgestiftung gewährt keine Darlehen. Von der Fürsorgestiftung werden keine Renten o.ä. ausgerichtet. Allfällige Leistungen der Fürsorgestiftung sind zu versteuern. Die übermittelten Daten werden von der Fürsorgestiftung vertraulich behandelt und nicht der CS Group weitergegeben.

3. Gesuch um Übernahme der nachfolgenden Kosten

- Schuldenberatung (die Fürsorgestiftung stellt den Kontakt zur Schuldenberatung her)
- Zahnarzt Betrag: _____
- Optiker Betrag: _____
- Hörgerät (Abrechnungen IV und Krankenkasse beilegen) Betrag: _____
- Selbstbehalte Krankenkasse Betrag: _____
- Abzahlung von Kleinschulden Betrag: _____
- Pauschalbetrag bei finanziellen Engpässen (z.B. bei Pfändung der Rente) Betrag: _____
- Mobilitätskosten (z.B. Gehhilfen, Kosten Transport mit Taxi, ÖV, PW etc.) Betrag: _____
- Sonstiges: _____

4. Begründung des Gesuchs

(Kurze Erläuterung, wie die finanzielle Notlage entstanden ist und wie geholfen werden kann)

5. Beilagen/Belege

- Vollständige Kopie der letzten Steuererklärung ohne Beilagen (zwingend für jedes Gesuch)
- Rechnung/en und/oder Kostenvoranschlag zum Gesuch
- Abrechnung Krankenkasse zum Selbstbehalt bzw. Ablehnung der Kostenübernahme
(zwingend bei Gesundheitskosten)
- Abrechnung sonstiger Drittzahler (IV, Gemeinde o.ä.)
- Allfällige Vollmachten
- Weitere Belege

6. Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift Versicherter/Rentner und/oder Vertreter/Beistand
