

Sie möchten ein Gesuch um finanzielle Hilfe stellen? Formular auf Ihrem PC speichern, ausfüllen und uns zurücksenden. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

| Personalien, Berufs und Familienverhältnisse |               |                              |
|--|---------------|------------------------------|
|  | Gesuchsteller | Partner im gleichen Haushalt |
| Name Vorname                                 |               |                              |
| Wohnadresse / Nationalität                   |               |                              |
| Geburtsdatum / Zivilstand                    |               |                              |
| Tel. / Mobil                                 |               |                              |
| Berufliche Tätigkeit                         |               |                              |
| E-Mail Adresse                               |               |                              |

| Kinder und Personen für die der Gesuchsteller sorgt |             |             |                           |                 |                      |
|---|-------------|-------------|---------------------------|-----------------|----------------------|
| Vorname   | Geburtsjahr | Vorname     | Geburtsjahr               | Vorname         | Geburtsjahr          |
|   |             |             |                           |                 |                      |
| Name  | Vorname     | Geburtsjahr | Verwandtschaftsverhältnis | Wohnort/Adresse | Betrag Unterstützung |
|   |             |             |                           |                 |                      |

### Einnahmen

Lohnzahlung  
 Rentenzahlung (AHV, IV)  
 Ergänzungsleistungen, Sozialhilfe  
 Taggeld (IV, ALV, EO)  
 Unterhaltszahlungen  
 Kinderzulagen  
 IPV (Individuelle Prämienverbilligung)  
 Andere

### Total Einkommen

| Monatlich Fr. | Jährlich Fr. |
|---------------|--------------|
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |

### Ausgaben

#### Wohnen

Mietzins  
 Wohnnebenkosten  
 Serafe Radio / TV Abgabe  
 Strom/Wasser/Gas/Holz  
 Telefon/Internet/TV/ Mobile  
 Wohnheim- oder Pflegeheimkosten  
 Andere

### Total Wohnen

| Monatlich Fr. | Jährlich Fr. |
|---------------|--------------|
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |
|               |              |

#### Persönliche Auslagen

Essen  
 Haushalt  
 Kleider/Schuhe  
 Abonnemente /ÖV  
 Pflege (Pflegeprodukte, Coiffeur u.ä.)

### Total Persönliche Auslagen

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

#### Gesundheitskosten

Prämie Krankenversicherung  
 Selbstbehalte und Franchise  
 Arzt- Zahnarztkosten  
 Andere

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

#### Versicherungen

Hausrat und Privathaftpflicht  
 Motorfahrzeug und Strassenverkehrsgebühren  
 Andere

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

### Total Gesundheitskosten/ Versicherungen

### Total Bedarf

### Total Ausgaben

### Total Einnahmen

Vermögen (Sparguthaben, Wertschriften, usw.)

|  |
|--|
|  |
|--|

#### Verpflichtungen

Steuern  
 Liegenschaftsaufwand

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

Hypothekarzinsen  
 Schuldentzahlungen  
 Abzahlung Leasing

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Mit welcher Hilfe wäre Ihnen gedient?**

Beschreiben Sie hier den Grund, die Ursache und den aktuellen Stand Ihrer finanziellen Probleme.

Erhielten Sie von uns oder anderen Institutionen bereits einmal eine Unterstützung?

ja      nein      Falls ja: Wann, von wem, wieviel?

| Monat/Jahr | Name/Adresse | Betrag |
|------------|--------------|--------|
|            |              |        |
|            |              |        |

| Finanzierungsplan<br>Ihre Vorstellungen | Betrag |
|---|--------|
|   |        |
|   |        |
| <b>Total</b>                            |        |

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte Gesuche elektronisch an: [info@stiftung-brocki-grischun.ch](mailto:info@stiftung-brocki-grischun.ch)**

Oder ausdrucken, ausfüllen und senden an:

Stiftung BrockiGrischun, Sekretariat, Via Padrusa 38, 7013 Domat/Ems