

Liebe Eltern!

Die Klinik Judendorf-Straßengel hat den „Verein zur Erforschung und Förderung von Kindern mit angeborenen oder erworbenen Bewegungsstörungen“ gegründet.

Dieser Verein verfügt mittlerweile - durch die Veranstaltung von verschiedenen Charities der Mare-Unternehmensgruppe - über einen Fonds, der es uns erlaubt, betroffene Kinder und Jugendliche zu unterstützen.

Welche Kosten werden gefördert? Hier einige Beispiele:

- **Heilbehelfe:** wie z.B. orthopädische Schuhe (Die Versicherung übernimmt die Kosten für 1 Paar, ein Weiteres wäre jedoch notwendig), Rollator, Rollstühle, etc.
- **Hilfsmittel:** Pflegebetten, Stehbetten, Bewegungstrainer, Hebelifter, etc.
- **Selbstbehalte:** bei Rehabilitationsaufenthalten, bei Heilbehelfen
- **Erholungsaufenthalte** für Eltern, die Kinder mit schweren Handicaps zu Hause betreuen
- **Kostenübernahme für Begleitpersonen** bei Rehabilitationsaufenthalten, die nicht von der Sozialversicherung übernommen werden
- **u.v.m.**

Voraussetzung für die Antragstellung:

- Betroffene Kinder mit angeborenen oder erworbenen Bewegungsstörungen
- Alter des betroffenen Kindes max. 18 Jahre
(in Ausnahmefällen auch über 18 Jahre; hier wird jeder einzelne Fall geprüft)
- Nettoeinkommen der Eltern (ohne Hinzurechnung von etwaigen Kostenersätzen)
max. € 2.000,-
(in Ausnahmefällen auch bei höheren Einkommen; hier sind die Lebensumstände zu berücksichtigen)

Wenn obige Punkte auf Sie bzw. Ihren Fall zutreffen, so laden wir Sie herzlich ein, umseitiges Antragsformular vollständig auszufüllen und sämtliche Nachweise in Kopie beizulegen. Wir werden uns bemühen, Ihren Antrag umgehend zu behandeln und bei positiver Prüfung schnellstmöglich Unterstützung zu leisten.

Mit besten Wünschen

Verein zur Erforschung und Förderung von Kindern mit angeborenen oder erworbenen
Bewegungsstörungen
Klinik Judendorf-Straßengel



UNTERSTÜTZENDE PARTNER

powered by



**Raiffeisen
Meine Bank**



GRAWE



Antrag auf finanzielle Unterstützung aus dem Fonds

Benötigte Unterstützung für: _____

(Möglichkeiten siehe Vorderseite) _____

Daten zum betroffenen Kind:

Name _____ geboren am _____

Vers. Nr. _____ Aufenthalt von _____ bis _____ in der Klinik _____

Antragstellender Erziehungsberechtigter:

Name _____ Familienstand _____

Adresse _____

Telefonnummer _____

Angaben zu den besonderen Aufwendungen:

- Monatliches Nettoeinkommen beider Elternteile
(bitte Einkommensnachweis* in Kopie beilegen): € _____
- Anzahl aller im Haushalt lebenden und zu versorgenden Kinder _____
- Höhe der monatlichen Kosten* für therapeutische Behandlungen,
die nicht von der Kranken- oder Sozialversicherung übernommen werden € _____
- Höhe der monatlichen Kosten* für Heilbehelfe, Medikamente u.s.w.,
die nicht von der Kranken- oder Sozialversicherung übernommen werden € _____
- Höhe der monatlichen Kosten* für Pflegehilfen / Betreuung des Kindes,
die nicht von der Kranken- oder Sozialversicherung oder
sonstigen öffentlichen Stellen bezahlt werden € _____
- Sonstige besondere Aufwendungen* € _____

*** Bitte legen Sie sämtliche Nachweise in Kopie bei!**

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich
die Richtigkeit der gemachten Angaben:**

Datum, Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin

Bearbeitungsvermerk des Vereins:
(nicht vom Antragsteller auszufüllen!)

Höhe der festgelegten Förderung: