

Demande de contribution du fonds Kurz

Remarque importante: Ce formulaire est conçu pour être rempli avec Word et un lecteur d'écran. Il existe un autre formulaire prévu pour être rempli à la main.

Ecrivez vos informations après les deux-points. Pour cocher une option, écrivez un "X" entre les parenthèses.

1. Demandeur de la contribution

Nom, prénom:

Rue / No:

NPA / Lieu:

Date de naissance:

Etat civil:

Profession / activité:

Taille du ménage (nombre de personnes):

Nombre de personnes à charge dans le ménage:

2. Degré de déficience visuelle :

Aveugle

Malvoyant

Brève description de votre handicap et de la façon dont il vous affecte:

De quels moyens auxiliaires disposez-vous actuellement ?

3. Situation financière, besoins

Veillez décrire votre situation financière:

Joignez l'un des documents suivants à la demande:

- Décision pour les prestations complémentaires (PC)
- Confirmation de l'aide sociale
- Confirmation de la réduction de prime de la caisse maladie
- Décision fiscale éventuelle et / ou une recommandation d'un centre de conseil
- Autres documents

4. Demande et justification

Pour quoi un montant est-il demandé ?

- Moyens *auxiliaires*
- Coûts de *réadaptation*
- Formation*
- Loisirs*
- Autres*

Décrivez en détail ce que vous demandez. Dans le cas d'un appareil et de moyens auxiliaires, mentionnez le fabricant et le modèle. Dans le cas d'une formation, indiquez l'école et le nom du cours:

5. Plan de financement (pour une aide complète)

- a) Total des besoins Fr.
- b) Contributions d'autres organisations, assurances, etc. Fr.
- c) Montant manquant Fr.
- d) Montant demandé au fonds Kurz Fr.

6. Remarques

Veillez nous faire part ici de vos remarques:

7. Mode de paiement et destinataire

Cochez et complétez les cases appropriées :

- 1^{ère} variante: au centre spécialisé, au fournisseur, etc.**
Paiement selon facture jointe avec un bulletin de versement.
- 2^{ème} variante: au demandeur**
Une confirmation de paiement, une quittance ou un budget doit être joint.

Compte bancaire ou postal:

.....

Au nom de (nom, prénom et adresse):.....

.....

IBAN : CH-:.....

.....

Nom et lieu de la banque:

.....

8. Notes

Les personnes qui ne sont pas membres de la FSA sont tenues de joindre un certificat médical attestant de leur déficience visuelle et un certificat de résidence de leur commune.

Les demandes incomplètes ou mal remplies ne peuvent être traitées.

La demande sera examinée par la commission conformément au règlement. Il n'existe aucun droit légal.

Les demandes transmises numériquement sont valides sans signature manuscrite.

Veillez envoyer votre demande et les documents requis à :

Roland Christen, Pfeidstrasse 12, 2555 Brügg
ou par e-mail à: **fonds.legat.kurz@gmail.com**

Lieu, date:

Signature: