



**Clinicum
Alpinum**
Gaflei

Antrag auf Unterstützungsleistung der Stiftung Tiefsinn

Angaben zur Unterstützungsempfängerin / zum Unterstützungsempfänger:

Frau

Mann

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Nationalität:

Niederlassung:

Beruf/ Tätigkeit:

Anzahl und Jg der Kinder:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Angaben zur Ehegattin (Lebenspartnerin) / zum Ehegatten (Lebenspartner):

Frau

Mann

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Nationalität:

Niederlassung:

Beruf/Tätigkeit:

Werden Sie betreut von:

Amt für Soziale Dienste (ASD)

Name:

Caritas Liechtenstein

Name:

Hand-in-Hand-Beratungsstelle

Name:

Sachwalterverein

Name:

Frauenhaus

Name:

Ärztin/Arzt

Name:

Psychiaterin/Psychiater

Name:

Psychologin/Psychologe

Name:

Andere:

Name:





Kurze Beschreibung der Notsituation / Angaben zu offenen Rechnungen:

Benötigter Unterstützungsbeitrag: CHF

Einnahmen:

Bruttolohn/Einkommen pro Monat *Antragsteller/in* CHF

Bruttolohn/Einkommen pro Monat *Partner/in* Weitere CHF

Nebeneinkommen CHF

Monatliche Fixkosten:

Mietzins CHF

Nebenkosten CHF

Krankenkassen-Prämie CHF

Autoleasing CHF

Kreditrückzahlung CHF

Beziehen Sie:

Sozialhilfe CHF

Renten AHV/IV CHF

Ergänzungsleistungen AHV CHF

Kinderzulagen CHF

Alleinerziehenden-Zulage CHF

Unterhaltszahlungen CHF

Mietbeiträge CHF

Andere Zulagen/Beiträge CHF

Falls ja, welche?

Verfügen Sie über Vermögen:

Sparguthaben CHF

Lebensversicherung CHF

Anderes Vermögen CHF





Verfügen Sie über ein oder mehrere Motofahrzeuge:

Marke/Modell/Jahrgang

Verfügen Sie über Liegenschaften, ein Haus, eine Wohnung:

Wert in CHF

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass meine angegebenen Daten von der Stiftung Tiefsinn gespeichert und zur Prüfung eines etwaigen Anspruches ausgewertet werden dürfen.

Ich stimme zu, dass mich die Stiftung Tiefsinn im Zusammenhang mit diesem Antrag telefonisch, per E-Mail oder postalisch kontaktieren und hierfür meine persönlichen Daten verarbeiten darf.

- ☐ Ich stimme zudem zu, dass die Stiftung Tiefsinn aufgrund meines Antrages bei Bedarf gegebenenfalls Dritte (z.B. Amt für soziale Dienste oder sonstige Behörden und Institutionen) kontaktieren und dort weitere Auskünfte über meine Person einholen darf.

Erteilte Einwilligungen können jederzeit bei der Stiftung Tiefsinn, Clincum Alpinum, Gafleistrasse 70, 9497 Triesenberg, widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmässigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Wir weisen darauf hin, dass durch die Nichterteilung oder den Widerruf der Einwilligung eine ordnungsgemässe Bearbeitung Ihres Antrages und entsprechende Prüfung eines etwaigen Anspruchs gegebenenfalls nicht mehr gewährleistet ist.

Ich bestätige hiermit, die obenstehenden Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben

Ort/Datum

Unterschrift

Der unterzeichnete Stiftungsrat nimmt wie folgt Stellung:

Dem Zirkulationsverfahren wird zugestimmt.

Das Zirkulationsverfahren wird abgelehnt und stattdessen eine mündliche Beratung verlangt.

Unter dem Vorbehalt, dass alle Stiftungsräte dem Zirkulationsverfahren zugestimmt haben, wird vom Unterzeichneten über den vorliegenden Antrag wie folgt entschieden:

Dem Antrag wird zugestimmt

Der Antrag wird abgelehnt

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

Stiftung Tiefsinn
Clincum Alpinum
Gafleistrasse 70
9497 Triesenberg
Liechtenstein

Tel. +423 238 85 00

Michaela Risch

Marc Risch

Clemens Latenser

Wolfram Müssner