

Mütterfürsorge

TKF Thurgauischer Katholischer Frauenbund
 Büchelenstrasse 10, 8552 Felben-Wellhausen
 Telefon 052 765 22 16 / Mail sekretariat@tkf.ch

Eingangsdatum (leer lassen)

Beitragsgesuch**Gesuchstellerin**

Familienname		Vorname	
Strasse		PLZ/Wohnort	
Tel. P.		Tel. G.	
Zivilstand		Geb. Datum	
Nationalität		Ausländerstatus	
Ausbildung			
jetzige Tätigkeit		Anstellung in %	
Arbeitgeber			

Haben Sie die Stelle wegen der Schwangerschaft verloren

 ja

 nein
Partner / bzw. Vater des Kindes

Name		Vorname	
Zivilstand		Geb. Datum	
Ausbildung			
jetzige Tätigkeit		Anstellung in %	
Arbeitgeber			

Kinder

Anzahl		Geburtsjahre	
Ungefähres Geburtsdatum des zu erwartenden Kindes			
Wer übernimmt die Pflege des Kindes / der Kinder			

Die Gesuchstellerin wünscht einen Beitrag von	Fr.
zu folgendem Zweck	

Haben Sie (oder eine Beratungsstelle für Sie) schon einmal ein Gesuch an die Mütterfürsorge gestellt

 ja

 nein

Wann?	
Wer?	

Haben Sie in Ihrem jetzigen Anliegen an andere Institutionen ein Gesuch gestellt, wenn ja, an welche?

ja

nein

Wie hoch ist der gewünschte Gesamtbeitrag aller angefragten Institutionen	Fr.
Wie sieht der Verteiler aus	

Sind Beiträge zu erwarten und in welcher Höhe

von der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Fr.
von der Familie der Gesuchstellerin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Fr.
von der Familie des Kindsvaters	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Fr.

Stehen Sie z.Zt. mit einer sozialen Beratungsstelle oder Sozialamt in Kontakt

ja

nein

Welche	
--------	--

Ist diese Stelle über Ihr Gesuch an uns informiert

ja

nein

Besteht die Möglichkeit, über diese Stelle Referenzen einzuholen

ja

nein

Referenzperson	
----------------	--

Durch wen wurden Sie auf die Mütterfürsorge aufmerksam gemacht?

--

Wer kann als Referenzperson angefragt werden

Name		Vorname	
Adresse			
Tel. Nr.		Funktion	

Finanzielle Verhältnisse

Monatliche Einnahmen

Nettolohn der Gesuchstellerin	Fr.
Nettolohn des Partners	Fr.
Einkommen aus Arbeitslosengeld	Fr.
Wirtschaftliche Sozialhilfe	Fr.
Alimente	Fr.
Renten	Fr.
andere Einnahmen (welche)	Fr.
Total	Fr.

Monatliche Ausgaben

Lebensunterhalt für	Personen	Fr.
Wohnungsmiete inkl. Nebenkosten		Fr.
Krankenkassenprämien		Fr.
Arzt Selbstbehalte, Zahnarzt, Therapie		Fr.
Telefon, Radio, TV		Fr.
Verkehrsausgaben		Fr.
Kleider, Wäsche, Schuhe		Fr.
Taschengeld (frei verfügbarer Betrag)		Fr.
Versicherungen:		Fr.
Alimente		Fr.
laufende Steuern		Fr.
andere feste Verpflichtungen:		Fr.
Total		Fr.

Schulden

Kleinkredit getätigt für		Kreditsumme	Fr.
Laufzeit		Monatl. Rückzahl.	Fr.
Steuerschulden: Betrag	Fr.	Steuerjahr	

Haben Sie Beteiligungen ja nein / Lohnpfändungen ja nein

andere Schulden / offene Rechnungen	
-------------------------------------	--

Vermögen

Bank- oder Postcheckguthaben	Fr.
Eigenheim (Versicherungswert)	Fr.
Immobilien (Versicherungswert)	Fr.
Total	Fr.

Wohin kann ein allfällig gutgesprochener Beitrag überwiesen werden

Postcheck-Konto	
lautend auf	
Adresse	

oder

Bankverbindung

PC-Konto der Bank	
Name der Bank	
genaue Adresse der Bank	
persönliche Kontonummer	IBAN
lautend auf	
Adresse	

Falls vorhanden, bitte vorgedruckten Einzahlungsschein beilegen

Datum:

Unterschrift der Gesuchstellerin oder ihres Vertreters:

--	--

Die Angaben werden streng vertraulich behandelt.