

Demande de soutien financier



1 Renseignements sur le patient

Nom, prénom(s): _____

Sexe: féminin masculin divers nationalité: _____

Date de naissance (jour/mois/année): _____ lieu de naissance: _____

Âge: _____ Profession: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____ Téléphone: _____

2 Renseignements sur les personnes appartenant au ménage (parents, conjoint, frères et sœurs, enfants...)

Nom/Prénom	Date de naissance	Ecole/Apprentissage/Profession
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3 Insuffisance de ressources : revenu mensuel net de toutes les personnes appartenant au ménage (salaire/traitement, pension, prestations sociales, allocations familiales ...)

	Concerné/e	Mari/Conjoint	Parents	Enfants	Autres
Revenu mensuel net	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Somme totale					_____ €

4 Dépenses extraordinaires par an ...

pour _____ €

pour _____ €

5 Nous, l'hôpital _____, confirmons que la personne concernée, respectivement sa famille est financièrement dans le besoin.

Date: _____
(Signature de l'hôpital)

Alternativement, une attestation d'une autorité publique peut être jointe.

6 Diagnostic et traitement prévu

7 Coordonnées de l'hôpital et du médecin responsable (nom/lieu/e-mail):

8 La demande est approuvée.

Date: _____
(Signature de l'hôpital)

Veillez envoyer la demande avec 2 bonnes photos préopératoires et 2 bonnes photos postopératoires des patients en haute qualité (au moins 1 MB, si possible en souriant, visage entier).

Veillez noter que : En cas d'opération de la cataracte, d'autres informations sont nécessaires. Dans ce cas, veuillez entrer en contact avec nous: www.help-wirhelfen.de

Explications sur la demande du soutien financier d'une thérapie médicale

Je certifie que le montant de la somme demandée ne dépassera pas les 100% du montant total des soins. Le préavis médical est joint à la demande. Je certifie – au mieux de mes connaissances – que les indications données sont justes.

Date: _____

(Signature du patient ou du responsable légal pour les mineurs)

Autorisation d'utilisation de documents et de photos.

Je, soussigné,

(Nom du patient ou du responsable légal pour les mineurs)

confirme que Help ! - Wir helfen ! e.V. obtient le droit et l'autorisation absolus et irrévocables d'utiliser les photos, les radiographies et les informations sur le patient, etc. qui ont été prises par moi ou par le patient par Help ! - Wir helfen ! e.V. ou par les personnes mandatées à cet effet (employés de l'hôpital/médecins, etc.) ou que j'ai mises à disposition, comme suit :

- a) de les publier sous son propre nom ou sous tout autre nom choisi avec le copyright de Help ! - Wir helfen ! e.V.
- b) utiliser les photos, même de manière répétée, pour les publier dans le même contexte ou dans tout autre contexte, individuellement ou en association avec d'autres photos dans les médias (impression, Internet, etc.) pour illustrer des informations et à des fins publicitaires ou de relations publiques, sans toutefois s'y limiter. J'accepte que mon nom soit mentionné dans des publications de toute nature.
- c) à transmettre à des tiers - y compris par voie électronique - les photos et les informations que j'ai fournies à des fins de vérification et à les enregistrer également sous forme électronique. Je renonce expressément, vis-à-vis de Help ! - Wir helfen ! e.V. et des personnes qui ont réalisé les photos et le rapport et qui les utilisent au nom de Help ! - Wir helfen ! à des fins associatives, à toutes les prétentions et à tous les droits que j'en ai. J'autorise Help ! - Wir helfen ! e.V. à utiliser les photos et les rapports. Cela vaut également pour les images et les rapports que d'autres institutions (médecins/hôpitaux, etc.) ont créés ou fait créer, comme par exemple des radiographies et/ou des échographies, etc.

J'ai lu cette déclaration et j'en ai compris tout le contenu.

(Date et lieu)

(Nom en lettres d'imprimerie)

(Signature du patient ou du responsable légal pour les mineurs)