Frauenzentrale St.Gallen, Bleichestrasse 11, 9000 St.Gallen
Tel. 071 222 22 33 | bersinger.stiftung@fzsg.ch | www.fzsg.ch

BERSINGER STIFTUNG

Gesuch um finanzielle Unterstützung von Privatpersonen mit einmaligen Beiträgen von max. Fr. 2000.-
Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

1. Personalien GesuchsstellerIn / Angaben der Beratungsstelle

Name _____ Vorname _____

Anrede *(bitte ankreuzen)*
☐ Frau
☐ Herr
☐ Familie

Zivilstand *(bitte ankreuzen)*
☐ ledig
☐ verheiratet
☐ geschieden
☐ verwitwet

Geburtsdatum _____

Telefon P. _____
Telefon G. _____
Handy _____
E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitspensum _____

Adresse _____ PLZ/Wohnort _____

Bankverbindung/Postkonto _____
_____

Personen, für deren Unterhalt der/die GesuchsstellerIn aufkommt:

Name/Vorname	Jahrgang	Schule/Beruf	Verwandtschaftsgrad

Beratungsstelle (falls eine Beratungsstelle zur Beratung beigezogen wurde):

Name _____
Adresse _____
SachbearbeiterIn _____
Telefon _____ E-Mail _____
Bank- /Postkonto _____

2. Schilderung der Notlage

Eine ausführliche Begründung ist auf einem separaten Blatt dem Gesuch beizulegen.

Weitere einzureichende Unterlagen:

- Einkommensnachweise (Steuerveranlagungsberechnung, Lohnabrechnungen)
- Zahnarztkostenvoranschläge dürfen höchstens mit dem Taxpunkt 1.0 berechnet sein
- Rechnungskopien, Kostenvoranschläge, Arztzeugnisse etc.

3. Grund der Gesuchseinreichung

Die finanzielle Unterstützung dient vor allem der

- ☐ Bezahlung ausstehender Zahnarzt- oder Arztrechnungen
- ☐ Deckung entstandener Kosten infolge Trennung, Umzug etc.
- ☐ Bezahlung der Schulgelder der Kinder, andere Weiterbildungskosten
- ☐ Kostendeckung eines ärztlich verordneten Erholungsaufenthaltes/Therapie
- ☐ Lebensunterhalt

Bitte nur 1 Feld ankreuzen

4. Finanzierungsplan

Ausbildungskosten über gesamte Ausbildungsdauer, Notlage-Kosten von konkreten evtl. zusätzlichen Auslagen angeben:

Eigene Mittel	Fr.
Bersinger Stiftung	Fr.
	Fr.
	Fr.
	Fr.
	Fr.
	Fr.
	Fr.
	Fr.
	Fr.
	Fr.
Totalbetrag	**Fr.**

5. Budget

Einnahmen / Ausgaben pro Monat und Familie:

Nettoeinkommen	Fr.
Andere Einnahmen	Fr.
Total Einnahmen	**Fr.**
Mietzins (inkl. Nebenkosten)	Fr.
Elektrisch/Gas	Fr.
Telefon/Radio/TV	Fr.
Steuern	Fr.
Versicherungen	Fr.
Krankenkasse	Fr.
Fahrspesen	Fr.
Beiträge/Zeitungen	Fr.
Nahrungsmittel	Fr.
übrige Haushaltausgaben	Fr.
Taschengeld	Fr.
Arzt/Zahnarzt	Fr.
Kleider/Wäsche	Fr.
Reserve	Fr.
Andere Ausgaben	Fr.
Total Ausgaben	**Fr.**
Restbetrag	**Fr.**

6. Bestätigung

Die Richtigkeit aller oben eingetragenen Angaben bestätigt:

Ort/Datum

_____

Unterschrift GesuchstellerIn oder SachbearbeiterIn Beratungsstelle

Bitte beachten Sie, dass nur vollständig dokumentierte Gesuche behandelt werden.