

Antrag für finanzielle Unterstützung

Tierarztkosten für kranke oder verletzte Tiere



- mein Tier muss ganz dringend behandelt werden
- die Zahlungsfrist meiner Rechnung läuft in weniger als 14 Tagen ab

Nicht vollständige ausgefüllte Formulare und nicht eingereichte Dokumente (siehe Wegweisung) werden nicht bearbeitet. Wenn Informationen nicht bekannt sind, bitte erklären Sie warum oder setzen Sie ein Fragezeichen «?». Bei fehlenden Dokumenten begründen Sie, warum Sie dieses Dokument nicht haben. Bitte **keine** Bemerkungen wie... «siehe Unterlagen oder E-Mail etc.».

Antragsteller/Tierhalter

| | | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------|
| Anrede (Herr/Frau) | <input type="checkbox"/> Herr | <input type="checkbox"/> Frau | <input type="checkbox"/> Dr. | andere |
| Vorname | | | Familienname | |
| Strasse | | | | |
| Ort | | | | PLZ |
| E-Mail | | | | |
| Geburtsdatum | | | Telefon Nr. | |
| Beschreibung Ihrer persönlichen Situation (weshalb können Sie die Tierarztkosten nicht bezahlen?) | | | | |
| Besitzen Sie noch andere Haustiere, bitte auflisten | | | | |
| Andere Personen in Ihrem Haushalt (z.B. Freund/in, Ehepartner, Kinder) | | | | |

Checkliste: Pflichtdokumente zum Einreichen Ihres Antrags

Bitte beachten Sie die Wegweisung zum Antrag

1. Nachweis finanzielle Situation
2. Besitzernachweis
3. Auskunftsvollmacht Tier-Krankenkasse
4. Tierarztrechnungen / Kostenvoraschlag etc.
5. Tierarzt-Berichte
6. Fotos Ihres Tieres

Die Tierfotos werden für unsere Spendensammlungen benötigt. Auf Wunsch können wir den Namen Ihres Tieres ändern. Ihr Name unterliegt dem Datenschutz und wird nicht preisgegeben.

- Bitte den Namen meines Tieres für Veröffentlichungen ändern



Antrag für finanzielle Unterstützung

Tierarztkosten für kranke oder verletzte Tiere



| | | | |
|--|---|-------------------------|---|
| Tierart | <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze andere | | |
| Name des Tieres | | kastriert | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | | |
| Geburtsdatum des Tieres | | Rasse | |
| Beschreibung des medizinischen Problems Ihres Tieres | | | |
| Geschätzte Kosten der aktuellen Behandlung | | Total offene Rechnungen | |
| Beteiligte Tierarzt Praxen und -Kliniken | | | |
| Name Praxis | | PLZ, Ort | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Tierkrankenkasse vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |

Das «Erschleichen» von Spenden ist strafbar. Es besteht kein Anspruch auf Unterstützung. Ein Grund zur Ablehnung muss nicht offen gelegt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben korrekt und wahrheitsgetreu sind, und dass ich die Informationen auf dem Merkblatt verstanden habe. Ich erlaube Haustierhilfe das Einholen von Auskünften bei allen an der Behandlung beteiligten Tierpraxen und -Kliniken.

Datum

Unterschrift
(handschriftlich)

Ich wünsche Kommunikation via

Telefon E-Mail Post