Marathon

Patientenorganisation für neuromuskuläre Erkrankungen
Krankenhausstr. 26, 4020 LINZ

von FAMILIE	
BETROFFENE/R	
Name / Alter	
UNTERSTÜTZUNG FÜR	
HILFSMITTEL	
persönliche, wie z. Bsp.: Rollstuhl, Augensteuerung, etc. *Kurzbeschreibung*	
erweiterte, wie z. Bsp.: Hebelifter, Treppenlifter, Umbau Behindertenfahrzeug, etc. *Kurzbeschreibung*	
REHA Selbstbehalt *ja / -*	
THERAPIEN	
Physiologische *z. Bsp. 5 Sitzungen*	
Psychologische *z. Bsp. 5 Sitzungen*	
Andere *z. Bsp. 5 Sitzungen*	
SONSTIGES	
ERFORDERLICHE UNTERLAGEN, BEILAGEN	
liegt das Familieneinkommen unter der derzeitigen Höchstbemessungsgrundlage (2025: 6.450,- Euro) *ja / nein? (wird nicht wirklich überprüft!!!, ist aber offizieller Teil des Genehmigungsverfahrens!)*	
ärztliche Stellungnahme(n), Verschreibung *Beilage(n) Nr.*	
Angebote *Beilage(n) Nr.*	

Ansuchen und Kostenübernahme (teilweise) von Behörden, Organisationen *Beilage(n) Nr.*	
Sonstige Beilage *Beilage(n) Nr.*	
Rechnungen *Beilage(n) Nr.*	
Gesamtaufstellung der Kosten / Darstellung der Restkosten *Beilage(n) Nr.*	
	auszufüllen vom Kassier
VORSTANDSBESCHLUSS siehe Protokoll vom 2024-..-..	
Eingangsnummer:	*2025 / 01*
eingegangen am:	*2025-02-29*
Genehmigt in voller Höhe von:	
Genehmigter Teilbetrag von:	
Abgelehnt mit Begründung:	*sollte nicht so oft vorkommen!*
erledigt am / lt Protokoll Nr.	*2025-03-31*
Unterschrift Vorstand/Kassier:	