

Marathon

Verein von Eltern und Angehörigen gegen Muskelerkrankungen bei Kindern
Krankenhausstr. 26, 4020 LINZ

von FAMILIE	
BETROFFENE/R	
Name / Alter	
UNTERSTÜTZUNG FÜR	
HILFSMITTEL	
persönliche, wie z. Bsp.: Rollstuhl, Augensteuerung, etc. <i>Kurzbeschreibung</i>	
erweiterte, wie z. Bsp.: Hebelifter, Treppenlifter, Umbau Behindertenfahrzeug, etc. <i>Kurzbeschreibung</i>	
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 Höchstbemessungsgrund lage (2025: 6.450,- Euro) ja / nein? (wird nicht	

wirklich überprüft!!!, ist aber offizieller Teil des Genehmigungsverfahrens !)	
ärztliche Stellungnahme(n), Verschreibung <i>Beilage(n)</i> Nr.	
Angebote <i>Beilage(n)</i> Nr.	
Ansuchen und Kostenübernahme (teilweise) von Behörden, Organisationen <i>Beilage(n)</i> Nr.	
Sonstige <i>Beilage</i> <i>Beilage(n)</i> Nr.	
Rechnungen <i>Beilage(n)</i> Nr.	
Gesamtaufstellung der Kosten / Darstellung der Restkosten <i>Beilage(n)</i> 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:	<i>sollte nicht so oft vorkommen!</i>
erledigt am / lt Protokoll Nr.	2025-03-31
Unterschrift Vorstand/Kassier:	