

Stiftung Mushafen

Geschäftsstelle: bsd. Bern | Postgasse 66 | Postfach | 3000 Bern 8
T: 031 327 61 11 | M: info@stiftung-mushafen.ch | www.stiftung-mushafen.ch

Beitragsgesuch

1. Persönliche Angaben

Name und Vorname		
Strasse und Nummer		
PLZ und Ort		
wohnhaft im Kanton Bern seit		
Telefon		
Mail		
Geburtsdatum		Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> .
AHV-/Sozialversicherungsnummer		
Staatsangehörigkeit ¹		Bewilligung:
Heimat-/Geburtsort		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> anderer:
Kind/er (Name/Geburtsdatum)	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> 3:
	<input type="checkbox"/> 1:	<input type="checkbox"/> 4:
	<input type="checkbox"/> 2:	<input type="checkbox"/> 5:

2. Angaben zur Familienherkunft

Eltern / Erziehungsberechtigte Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt	<input type="checkbox"/> anderer:
Vater (Name und Vorname)		Beruf:
Mutter (Name und Vorname)		Beruf:
Geschwister (Name und Geburtsdatum)	<input type="checkbox"/> kein	
	<input type="checkbox"/> 1:	
	<input type="checkbox"/> 2:	
	<input type="checkbox"/> 3:	
	<input type="checkbox"/> 4:	

¹ Bei ausländischer Staatsangehörigkeit: Bitte Kategorie der Aufenthaltsbewilligung angeben und Kopie der Aufenthaltsbewilligung beilegen.

3. Angaben zur Ausbildung

Unterstützung für Ausbildung ²	Bezeichnung:		
	Beginn:	Dauer:	Ende:
	bereits abgeschlossene Ausbildungsjahre/-semester:		
Sind Sie erwerbstätig	<input type="checkbox"/> ja; Bezeichnung und Einkommen: <input type="checkbox"/> nein		
Ist Ihr/e PartnerIn oder Ehemann/ Ehefrau erwerbstätig	<input type="checkbox"/> ja; Beruf und Einkommen: <input type="checkbox"/> nein		
Bisherige Ausbildungen ³	Abschluss ⁴ :		

4. Angaben zu weiteren Unterstützungen

Unterstützung von Eltern und/oder von anderer Seite	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; von wem und in welcher Höhe:
Erhalten Sie Stipendien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; von wem und in welcher Höhe:
Erhalten Sie Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; von wem und in welcher Höhe:

5. Monatliches Budget

Ausgaben		Einnahmen	
Ausbildungskosten ⁵	CHF	Gehalt	CHF
Reisekosten	CHF	Unterstützungsbeiträge	CHF
Unterkunft / Verpflegung	CHF	weitere Einnahmen	CHF
weitere Ausgaben	CHF		
Total	CHF		CHF

6. Angaben für die Auszahlung eines Beitrages

Bank	IBAN Nummer CH _ _ . _ _ . _ _ . _ _ . _ _ . _ _ . _ _ . _ _
Kontoinhaber/in	

2 Ausbildungsunterlagen beilegen

3 Lebenslauf beilegen

4 Kopie beilegen

5 Schulgeld, Lehrmittel, Schulveranstaltungen u.a. / Budget für die gesamte Ausbildungsdauer beilegen

7. Weshalb benötigen Sie einen Ausbildungsbeitrag? (oder Schreiben beilegen)

--

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Beachten Sie bitte:

- Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und sind nur für den internen Gebrauch bestimmt.
- Unvollständig ausgefüllte Beitragsgesuche oder Gesuche mit fehlenden Beilagen werden zurückgewiesen.
- Wer einen Ausbildungsbeitrag unter Angabe falscher Tatsachen oder durch Verschleierung eines Sachverhalts erhalten hat, muss diesen wieder zurückbezahlen. Dies gilt auch, wenn der Unterstützungsbeitrag nicht für diejenige Ausbildung, welche Gegenstand des Antrags war, verwendet wird oder wenn die Ausbildung ohne triftige Gründe abgebrochen wird. Strafrechtliche Massnahmen bleiben vorbehalten.