



Kinder in schwieriger Ernährungssituation e.V.  
Geschäftsstelle  
Erlengrund 11

**Kontakt:** Tel.: 0 15 75 – 43 10 980  
[info@kise-ev.de](mailto:info@kise-ev.de)  
[www.kise-ev.de](http://www.kise-ev.de)

**12527 Berlin**

## **Antrag** **auf Auszahlung aus dem K.i.s.E. - Notfallfond**

Hiermit beantrage ich die Auszahlung von Tagegeld ( für maximal 28 Tage / 7,50 € pro Tag ) aus dem K.i.s.E.-  
Notfallfond.

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ; Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Name und Sitz des Geldinstituts: \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_ **BIC:** \_\_\_\_\_

Ich bestätige, das meine Tochter / mein Sohn: \_\_\_\_\_

seit dem \_\_\_\_\_ stationär in folgender Klinik aufgenommen ist.

Klinik: \_\_\_\_\_

Station: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Die Zahlungen der Pflegekasse wurden / werden zum \_\_\_\_\_  
eingestellt.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_