



SOZIALWERK
DES AUSWÄRTIGEN AMTS
weltoffen und solidarisch

Sozialwerk des Auswärtigen Amtes e.V.
Adenauerallee 99 – 103
53113 Bonn

Telefon: 0228 9917 - 2235/4915/1199
E-Mail: sozialwerk@auswaertiges-amt.de
Web: www.sozialwerk-aa.de

Ärztliche Bescheinigung der Erholungsbedürftigkeit

Das Sozialwerk des Auswärtigen Amtes e.V. ist vom Finanzamt als gemeinnütziger Verein anerkannt. Es bietet seinen Mitgliedern kostengünstige Erholungsmöglichkeiten zur Erhaltung der Gesundheit. Die einschlägigen Vorgaben des Steuerrechts (Abgabenordnung) verpflichten das Sozialwerk, seine Leistungen vorrangig an begünstigte Personen zu erbringen. Anderenfalls ist der Status der Gemeinnützigkeit gefährdet.

Eine Möglichkeit die Gemeinnützigkeit nachzuweisen ist eine ärztliche Bestätigung der Erholungsbedürftigkeit der angemeldeten Personen durch einen Allgemeinmediziner oder eine(n) Fachärztin/Facharzt. An die Erholungsbedürftigkeit ist keine spezielle medizinische Indikation geknüpft. Eine ärztliche Begutachtung, wie sie anlässlich einer Kurmaßnahme erfolgt, ist nicht erforderlich. Mit der Bescheinigung bestätigt die/der unterzeichnende Ärztin/Arzt, dass es sich um Personen handelt, denen Erholung guttun würde. Zur Teilnahme an den Angeboten des Sozialwerks müssen die Mitglieder Erholungsurlaub in Anspruch nehmen bzw. schulpflichtige Kinder die Ferienzeiten nutzen.

Bitte bestätigen Sie mit Stempel, Datum und Unterschrift die Erholungsbedürftigkeit der auf dem Formular genannten Personen. Die Bestätigung gilt in Verbindung mit der Nutzung der Angebote des Sozialwerks bzw. seiner Kooperationspartner innerhalb von max. 12 Monaten nach Ausstellungsdatum.

Wir bitten um Verständnis, dass auch bei chronischen Erkrankungen jährlich eine neue Bescheinigung vorgelegt werden muss. Schwerbehinderte Personen mit einem GdB ab 80 können ihrer Anmeldung alternativ den Schwerbehindertenausweis in Kopie beifügen, der ohne zusätzliche ärztliche Bescheinigung als Nachweis der Gemeinnützigkeit gilt.

	Name	Vorname
1	_____	_____
2	_____	_____
3	_____	_____
4	_____	_____
5	_____	_____

Die Erholungsbedürftigkeit für alle genannten Personen wird bestätigt:

Stempel und ärztliche Unterschrift

Datum: _____