



Antrag auf Unterstützungsleistung

Antragssteller

Vorname / Nachname

Strasse

PLZ-Ort

eMail

Telefon

Kontoverbindung

Angaben Unterstützungsempfänger (Kind)

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Diagnose, Beschreibung der Krankheit und des derzeitigen Krankheitszustandes



Familiäre und finanzielle Verhältnisse
(als Nachweis ist eine Budgetaufstellung beizulegen)

Begründung der benötigten Unterstützung
(bitte Aufstellung der krankheitsbedingten Mehrkosten wie Fahrtkosten etc. beilegen)

Benötigter Unterstützungsbeitrag

Betrag in EURO	
-----------------------	--

Alle diese Daten unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Die Hilfsorganisation, die das Gesuch im Auftrag des Unterstützungsempfängers übermittelt, bzw. der Unterstützungsempfänger selbst, sofern er das Gesuch persönlich einreicht, bestätigen hiermit, dass alle gemachten Angaben, Abschriften und Beilagen vollständig und korrekt sind und der Wahrheit entsprechen.

Unterschrift

Ort und Datum

Angaben zu den Familienfinanzen

(Beilage zum Unterstützungsgesuch)



Name des Kindes, Adresse der Familie

Vorname / Nachname

Strasse

PLZ-Ort

eMail

Telefon

Kontoverbindung

Ergänzende Angaben

Erstdiagnose(Datum und Art der Krankheit)

Monatliche Einkünfte

Einkünfte	EURO
Nettoeinkommen Ehemann <input type="checkbox"/> Lohn, <input type="checkbox"/> Gehalt, <input type="checkbox"/> Rente/Zusatzrente, <input type="checkbox"/> Pension, <input type="checkbox"/> Einkünfte aus selbst. Arbeit, <input type="checkbox"/> Krankengeld* <small>* Zutreffendes bitte ankreuzen</small>	
Nettoeinkommen Ehefrau <input type="checkbox"/> Lohn, <input type="checkbox"/> Gehalt, <input type="checkbox"/> Rente/Zusatzrente, <input type="checkbox"/> Pension, <input type="checkbox"/> Einkünfte aus selbst. Arbeit, <input type="checkbox"/> Krankengeld* <small>* Zutreffendes bitte ankreuzen</small>	
Nettoeinkommen anderer im Haushalt lebenden Personen <input type="checkbox"/> Lohn, <input type="checkbox"/> Gehalt, <input type="checkbox"/> Rente/Zusatzrente, <input type="checkbox"/> Pension, <input type="checkbox"/> Einkünfte aus selbst. Arbeit, <input type="checkbox"/> Krankengeld* <small>* Zutreffendes bitte ankreuzen</small>	
Arbeitslosengeld I oder II	
Kindergeld	
Unterhaltszahlungen	
Elterngeld	
Pflegegeld	
Rentenzahlungen, Zusatzrenten	
Sonstige Einkünfte bitte benennen:	
Summe Einkünfte	0,00
Sonstige monatliche Einkünfte	
z.B. <input type="checkbox"/> Mieteinnahmen, <input type="checkbox"/> Wohngeld, <input type="checkbox"/> Zinsen/Kapitalerträge <small>* Zutreffendes bitte ankreuzen</small>	
zusätzliche Leistungen, die oben nicht aufgeführt sind bitte benennen:	
Summesonstige Einkünfte	0,00
Total Einkünfte	0,00

Monatliche Ausgaben

Fixe monatliche Ausgaben

Miete oder Hausbelastung	
Nebenkosten (Heizung / Strom)	
Telefon / Rundfunk / Fernsehen	
Versicherungen (Lebens-, Unfall- usw. auf Monat umgerechnet, keine Sparverträge) bitte Versicherungen benennen:	
Mobilität (Bus, Auto, Fahrrad)	
Krankenkassenprämien	
Steuern	
Unterhalt	
Nichterwerbstätigenbeiträge	
Medizinische Mehrauslagen	
Haushaltshilfe	
Aus- und Weiterbildungskosten	
Kindergarten, Kita, etc.	
Betreuungskosten (Geschwisterbetreuung, etc.)	
Monatliche Ratenzahlungen / Kredit bitte benennen (Verwendung, Laufzeit, etc.):	
Andere regelmässige Zahlungen bitte benennen:	
Summe fixe Ausgaben	0,00
Fehlbetrag / Überschuss	0,00
Vermögen	
Schulden	

Krankheitsbedingte Mehrkosten, die nicht von der Krankenkasse oder von anderer Seite übernommen werden

Reisekosten (Besuchsfahrten, Fahrten zu ambulanten Behandlungen, etc.)	
Anzahl Kilometer: _____ à EURO 0.30/km, in der Zeit von: _____ bis: _____	
Verpflegung der Eltern in der Klinik oder Kosten für spezielle Ernährung des Kindes zu Hause	
Lohnausfall (bei Reduzierung oder Bezug Krankengeld bitte Differenz zum Nettolohn angeben)	
weitere Kosten - bitte angeben:	
Total krankheitsbedingte Mehrkosten	0,00

Unterschrift

Ort und Datum



Anhang

Ergänzende Angaben

Bitte um kurzen Bericht: Bezeichnung der Krankheit, wann festgestellt und bis heute kurzen Verlauf.

Einwilligungserklärung zum Unterstützungsantrag



nach Art. 9, 13, 14 DSGVO

Diese Erklärung muss von den Eltern / Erziehungsberechtigten unterzeichnet bei uns für die Bearbeitung vorliegen.

Wir erheben personenbezogene Daten von unterstützungsbedürftigen Eltern, Kindern und Jugendlichen für die Prüfung Ihres Unterstützungsantrages und bitten durch Unterzeichnung um Ihre Einwilligung.

In unseren Datenverzeichnissen werden hierfür folgende teils sensible Datenkategorien nach Art. 9 aufbewahrt. Die Daten werden direkt beim Betroffenen erhoben, nicht an Dritte weitergeleitet und zur Erfüllung von gesetzlichen Vorgaben mindestens 10 Jahre gespeichert.

- Persönliche Daten Kinder, Eltern (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Unterstützungsbeitrag, Bankverbindung, E-Mailadresse, Telefonnummer)
- Gesundheitsdaten Kinder, Diagnosen, familiäre und finanzielle Hintergründe, Diagnose, Beschreibung der Krankheit, derzeitiger Krankheitszustand
- Zusätzliche Angaben (Antragssteller, Mittelverwendung, Notizen, Bemerkungen, Vorstandsentscheid)

Ihre Rechte

Auskunftsrecht

Ihnen steht das Recht auf Auskunft über die Daten zu, welche wir von Ihnen speichern.

Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Rechts auf Datenübertragbarkeit

Ihnen stehen die Rechte auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung und das Recht auf Datenübertragbarkeit in Bezug auf Ihre von uns gespeicherten Daten zu. Die Löschung Ihrer Daten ist aufgrund der gesetzlichen Speicherfrist von 10 Jahren erst nach Ablauf dieser Frist möglich.

Widerspruch

Ihnen steht auch nach Unterzeichnung dieser Einwilligung das Recht auf Widerspruch zu, ohne dass die Rechtmässigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Name Antragssteller

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern

Urmel Kinder-Krebshilfe e.V.
www.urmel-kinder-krebshilfe.org
Montfortstr. 32 | 88069 Tettang
Tel.+07542-9 39 67 99 | E-Mail: info@urmel-kinder-krebshilfe.org