



Checkliste zum Antrag auf finanzielle Unterstützung

- ☐ Antrag ist vollständig ausgefüllt
- ☐ Antrag ist unterschrieben
- ☐ Bankverbindung und Kontoinhaber sind angegeben
- ☐ Ärztlicher Befund (Vordruck) oder aktueller Entlassungsbericht der Klinik ist beigelegt Ärztlicher
- ☐ Befund (Vordruck) enthält Datum der Erstdiagnose
- ☐ Nachweise Miet- und Heizkosten (z. B. Überweisungsträger, Mietvertrag) sind beigelegt Aktuelle
- ☐ Nachweise der Einkommen aller Haushaltsangehörigen sind beigelegt
- ☐ Ggf. Nachweis der Vollmacht bzw. gesetzlichen Betreuung ist beigelegt

Nachweise über Miet- und Heizkosten sowie Einkommen sind nicht erforderlich, wenn diese bei Antragstellung einer beratenden Stelle (Krebsberatungsstelle, Sozialdienst etc.) vorgelegt und von dieser im Antrag bestätigt wurden.

Bitte geben Sie im Antrag Ihre E-Mail-Adresse an. Ihre E-Mail-Adresse wird ausschließlich zur Bearbeitung Ihres Antrags genutzt, verkürzt die Bearbeitungszeit und senkt unsern Verwaltungsaufwand.

Sollten Sie Unterstützung bei der Antragstellung benötigen, wenden Sie sich gerne an eine Krebsberatungsstelle, den Sozialdienst Ihrer behandelnden Klinik.

Zur Vereinfachung werden lediglich die männlichen Bezeichnungen benutzt. Diese Bezeichnungen stehen selbstverständlich sowohl für die männliche als auch für die weibliche Form.

**Diagnose, kurze Beschreibung der Krankheit und des derzeitigen Krankheitszustandes
Aktuellen Arztbericht beifügen!**

--

Für welchen Zweck wird eine Unterstützung benötigt?

--

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



Monatliche Einkünfte

Einkünfte	EURO
Nettoeinkommen Ehemann oder Lebenspartner ☐ Lohn, ☐ Gehalt, ☐ Rente/Zusatzrente, ☐ Pension, ☐ Einkünfte aus selbst. Arbeit, ☐ Krankengeld* * Zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweis beifügen	
Nettoeinkommen Ehefrau oder Lebenspartnerin ☐ Lohn, ☐ Gehalt, ☐ Rente/Zusatzrente, ☐ Pension, ☐ Einkünfte aus selbst. Arbeit, ☐ Krankengeld* * Zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweis beifügen	
Nettoeinkommen anderer im Haushalt lebenden Personen ☐ Lohn, ☐ Gehalt, ☐ Rente/Zusatzrente, ☐ Pension, ☐ Einkünfte aus selbst. Arbeit, ☐ Krankengeld* * Zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweis beifügen	
Arbeitslosengeld I oder II	
Kindergeld	
Unterhaltszahlungen	
Elterngeld	
Pflegegeld	
Rentenzahlungen, Zusatzrenten	
Sonstige Einkünfte bitte benennen:	
Summe Einkünfte	
Sonstige monatliche Einkünfte	
z.B. ☐ Mieteinnahmen, ☐ Wohngeld, ☐ Zinsen/Kapitalerträge * Zutreffendes bitte ankreuzen	
zusätzliche Leistungen, die oben nicht aufgeführt sind bitte benennen:	
Summesonstige Einkünfte	
Total Einkünfte	

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	
Fehlbetrag / Überschuss	
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	

Unterschrift

Ort und Datum

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

Seite 6 / 6

Urmel Kinder-Krebshilfe e.V.
www.urmel-kinder-krebshilfe.org
Keltenweg 21 | 88045 Friedrichshafen

Tel. 07541 - 950 543 0 | E-Mail: info@urmel-kinder-krebshilfe.org

Anhang

Ergänzende Angaben