



Erläuterungen zum Sozialfonds-Antrag

neu im Juli 2006

Liebe Eltern, Sozialarbeiter, Mitglieder der Elternvereine, Ärzte,

unser Ziel bei der Gestaltung dieses Formulars war:

So wenig Bürokratie wie möglich – so viel Information wie nötig.

Dennoch bleibt es uns nicht erspart, einige Fragen zu stellen, damit wir sicher gehen können, dass dieses Spenden-Geld wirklich denjenigen zugute kommt, die besonders bedürftig sind. Ein Zuschuss aus dem Sozialfonds ist dazu gedacht, in der unmittelbaren Zukunft Ausgaben, die dem krebskranken Kind zugute kommen, zu ermöglichen.

Nachstehend einige Erläuterungen zum Aufbau des Antrages. Dieser besteht aus zwei Teilen, die Sie bitte beide wahrheitsgetreu, vollständig und gut lesbar ausfüllen. Ihre Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt und keiner weiteren Stelle zugänglich gemacht. Die Vorgaben des Datenschutzgesetzes beachten wir genau.

Formblatt 1

- zu (1) und (3) *Um der Familie einen bestimmten „Grundbedarf“ zuzuordnen, benötigen wir hier die Angaben aller in Ihrer Haushalts- und Wirtschaftsgemeinschaft lebenden Familienmitglieder bzw. Partner. Das Alter der Geschwister (wie auch des Patienten) ist wichtig für unsere Berechnung.*
- zu (2) *Bitte geben Sie immer Bankverbindung, Kontonummer, Bankleitzahl und auch den Kontoinhaber an; Baranweisungen sind nicht möglich.*
- zu (4) *Hier können Sie eintragen, wofür das Geld insbesondere beantragt wird. – Die Höhe unserer Zuwendung hängt allerdings in der Regel nicht vom Antragsgrund ab, sondern allein vom Familieneinkommen (6) und der Familienzusammensetzung.*
- zu (5) *Diese Angaben dienen unserer Information und beeinflussen im Allgemeinen nicht die Chancen auf einen Zuschuss oder seine Höhe.*
- zu (6) *Hier bitte das Familien-Resteinkommen nach Abzug der festen monatlichen Belastungen (Summe A minus Summe B, Formblatt 2) eintragen. Der unter (6) anzugebende Betrag und Anzahl und Alter der im Haushalt lebenden Personen sind ausschlaggebend dafür, ob und in welcher Höhe ein Zuschuss bewilligt werden kann.*
- zu (7) *Nur Familien mit einem Kind, das an einem Krebs oder einer schweren hämatologischen Erkrankung leidet, können innerhalb von i. d. R. zwei Jahren nach der (Erst- oder Rezidiv-) Diagnose Unterstützung aus diesem Fonds erhalten. Die genaue Diagnose, z.B. ALL oder Medulloblastom, und bitte das Datum der Diagnosestellung (Monat/Jahr) angeben sowie die Fragen nach Transplantation und Rezidiv beantworten, ggf. auch anmerken, ob es sich um das erste oder ein wiederholtes Rezidiv handelt.*
- zu (8) *Der Arzt oder die Ärztin bestätigt durch seine Unterschrift die zu Diagnose und Behandlung gemachten Angaben (das erspart ein ärztliches Zeugnis).*

Antragsteller sind in der Regel die mit dem Patient in einem Haushalt lebenden Eltern. Allein lebende Jugendliche über 18 Jahren können selbst Antragsteller sein.

Bitte geben Sie mit Ihrer Unterschrift auch Ihre Telefonnummer an, damit wir Sie bei Rückfragen erreichen können.

Formblatt 2

Aufgrund der Angaben auf diesem Blatt stellen wir die Bedürftigkeit der antragstellenden Familie fest, darum bitten wir um detaillierte und exakte Auskunft. Regelmäßige Ausgaben, ggf. auch die unter „Grund des Antrags“ genannten Kosten, müssen hier in Euro und Cent ausgedrückt erscheinen. Bitte bedenken Sie, dass wir einen korrekt ausgefüllten Antrag sehr viel schneller bearbeiten können, das Geld also eher gutgeschrieben werden kann!

Ein Vertreter des Sozialdienstes an der Klinik oder einer behördlichen Einrichtung im Ort oder ein Vertreter der Elterngruppe bestätigt durch seine Unterschrift, dass er/sie Einsicht genommen hat in die Unterlagen des Antragstellers und dass die Angaben stimmen. Es ist deshalb in der Regel nicht nötig, Originalbelege oder Kopien beizufügen. Eine Ausnahme sind besondere, nicht abgefragte Ausgaben, die dennoch nach Ihrem Dafürhalten unvermeidlich sind oder aufgrund der Krebserkrankung anfallen und nicht von Dritten übernommen werden. In diesem Fall schicken Sie uns bitte die entsprechenden Belege mit und benutzen für die Eintragung die vorletzte, leere Zeile im Ausgabenblock (B). Platz für Erklärungen und Begründungen dafür finden Sie auf der Rückseite der Antragsformulare. Bitte machen Sie davon Gebrauch.

Berücksichtigt wird die Einkommens- und Ausgabensituation, wie sie zum Zeitpunkt der Antragstellung vorliegt bzw. in nächster Zukunft zu erwarten ist.

Zu „Fahrkosten“ Falls Fahrkosten anfallen, die die Krankenkasse nicht erstattet, geben Sie bitte die Kosten an, die Ihnen durch Fahrten zur Klinik (auch die Besuchsfahrten) pro Monat entstehen (z.B. Monatskarte) bzw. rechnen Sie die PKW-Fahrkosten aus: wir erkennen zurzeit 14 Cent pro Entfernungskilometer und Strecke an. Wenn Sie in die Kästchen in der rechten Spalte keine Eintragung machen, gehen wir davon aus, dass Ihnen die Kosten erstattet werden, und berücksichtigen diese nicht. Auch können Sie Fahrkosten, die Sie zu Beginn der Erkrankung hatten, jetzt jedoch nicht mehr – etwa weil das Kind mittlerweile überwiegend zu Hause ist –, nur in dem jetzt/zukünftig anfallenden Umfang geltend machen.

**Ein Beispiel: Das Kind ist noch in der stationären Therapie in der 30 km entfernten Klinik und wird an durchschnittlich 24 Tagen im Monat jeweils von zu Hause aus besucht.
→ 24 Tage x 30 km x 2/Tag x 0,14 €/km = 201,60 €**

Wir bemühen uns, jeden Antrag schnell und sorgfältig zu prüfen, und rechnen mit einer Bearbeitungszeit von ca. 4 – 6 Wochen. Im Interesse aller Antragsteller werden unvollständige Angaben nicht nachgefragt, sondern bei der Zuschusshöhe nicht berücksichtigt bzw. gehen die Anträge umgehend zurück.

Bitte schicken Sie die ausgefüllten Formulare an folgende Adresse:

**Deutsche Leukämie-Forschungshilfe
Aktion für krebskranke Kinder e.V. – Dachverband
Sozialfonds
Adenauerallee 134
53113 Bonn**

Wir helfen Ihnen gerne. Falls Sie noch Fragen haben, rufen Sie uns an: montags (7:30 bis 16 Uhr), dienstags und donnerstags (jeweils 7:30 bis 12 Uhr) unter der Telefonnummer 0228 / 68846-21.

Mit freundlichen Grüßen

**Monika Grote und Sabine Sharma
Sozialfonds der Deutschen Leukämie-Forschungshilfe**