

Sozialfonds

Antrag für:

Name und Vorname des Patienten in Druckbuchstaben

HOFFNUNG AUF
HEILUNG



Bitte mit Schreibmaschine oder in Druckbuchstaben ausfüllen!

(1) **Personalien:**

Patient geb. am: Staatsangehörigkeit:

Im selben Haushalt lebende (Stief-) Eltern:

Mutter/Partnerin alleinerziehend? ja nein **Vater/Partner** alleinerziehend? ja nein

.....
Name, Vorname

.....
Name, Vorname

.....
Beruf

.....
Beruf

.....
Straße, Hausnr.:

.....
PLZ, Wohnort:

(2) **Bankverbindung:**

Kontoinhaber:

Falls abweichend, bitte Verhältnis zum Antragsteller angeben!

.....
Konto-Nr.

.....
Geldinstitut/Ort

.....
BLZ

(3) Im selben Haushalt lebende **Geschwister: Anzahl:** **Alter:**
ohne diese Angaben können die Geschwister nicht berücksichtigt werden

Gesamtzahl der im Haushalt lebenden Personen (ggf. erläutern):

(4) **Grund des Antrags** Kosten, die durch einen Zuschuss gedeckt werden sollen (siehe Erläuterungen):
.....

(5) **Zuschuss erhalten** von / beantragt bei:

in Höhe von € Datum:

(6) **Familieneinkommen** (nach Abzug anrechenbarer Kosten): €
Summe A minus Summe B aus dem beigefügten Formblatt 2

(7) **Diagnose:**

seit wann erkrankt? **Rezidiv?** nein ja, seit
(Monat/Jahr) (Monat/Jahr)

Stammzelltransplantation, wann:

(8) **Behandlungsort:**

Name und Anschrift der Klinik

.....
Stempel der Klinik

.....
Name und Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin
Der Arzt/die Ärztin bestätigt mit der Unterschrift die Richtigkeit der Angaben (7) und (8)

.....
Unterschrift der Antragsteller

.....
Ort/Datum

.....
Tel.-Nr.

Mit der Unterschrift versichern die Antragsteller die Richtigkeit der Angaben.

Sozialfonds

Antrag für:

Name und Vorname des Patienten in Druckbuchstaben

HOFFNUNG AUF
HEILUNG



Angaben zu den Familienfinanzen:

Die Differenz zwischen Summe A und Summe B bitte auf Formblatt 1 unter Ziffer (6) eintragen!

(A) Monatliches Nettoeinkommen aller im Haushalt lebenden Personen

		Euro, Cent				
a) z.B. Lohn, Gehalt, Rente, Pension, Einkünfte aus selbstst. Arbeit, Ausbildungsbeihilfe, Kindergeld, Erziehungsgeld, Pflegegeld, Arbeitslosengeld oder ALG II, Hilfe zum Lebensunterhalt, Krankengeld, Unterhaltsleistungen *	Vater/Stiefvater	€				
		€				
	Mutter/Stiefmutter	€				
		€				
	andere Personen	€				
		€				
b) sonstige Einnahmen, z.B. Mieteinnahmen, Wohngeld, Einkünfte aus Vermögen, zusätzliche Leistungen *		€				
		€				
* Zutreffendes bitte unterstreichen	Summe A	€				

(B) Regelmäßige monatliche Ausgaben aller im Haushalt lebenden Personen

nur Kosten, die nicht von anderer Seite, z.B. Krankenkasse, übernommen werden!

		Euro, Cent				
Miete oder Hausbelastung		€				
Heizung		€				
Strom		€				
Telefon/Rundfunk/Fernsehen: unveränderliche Pauschale		€	1	0	0, 0 0	
Versicherungen (Lebens-, Unfall- usw., auf Monat umgerechnet, keine Sparverträge) im Einzelnen:	€				
	€				
	€				
Kfz-Steuer und Kfz-Versicherung (auf Monat umgerechnet)		€				
Unterhaltszahlungen (für wen? [z.B.: „Sohn“]*:		€				
Monatl. Ratenzahlungen/Kredit:	€				
(jeweils für was?* und bis wann?*)		€				
	€				
Kindergarten, Hort, Betreuungskosten (ohne Essensgeld)		€				
Monatl., krankheitsbedingte Fahrkosten zwischen Wohnort u. Klinik		€				
Bitte ausrechnen*: Einfache Entfernung Wohnort/Klinik: km x 2		€				
x Fahrten zur Klinik pro Monat x -,14 € = BZW. FAHRKARTENPREIS		€				
Haushaltshilfe		€				
		€				
* ohne diese näheren Angaben nicht anrechenbar!	Summe B	€				

Bestätigung durch den Sozialdienst der Klinik, einen Beauftragten der Elterngruppe oder eine behördliche Einrichtung – **hiermit werden die oben gemachten Angaben bestätigt:**

Stempel/Dienstsiegel:

.....
Unterschrift Sozialdienst

.....
Ort, Datum, Tel.-Nr.

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

53113 Bonn

Erläuterungen zum Antrag: