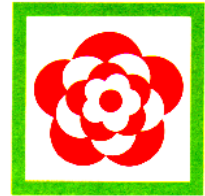


Sozialfonds

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:**

Namen aller Kontoinhaber:

Falls nicht die Eltern, bitte Verhältnis zum Antragsteller angeben!

.....
IBAN

.....
BIC oder Bankname

(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:**

Daran 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./E-Mail

Mit der Unterschrift versichern die Antragsteller die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben auf den Formblättern 1 und 2.

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				
<i>Alle Einnahmen, z.B. Lohn, Gehalt, Rente, Pension, Krankengeld, Einkünfte aus selbstständiger Arbeit, Kindergeld, Elterngeld, Pflegegeld, Arbeitslosengeld I oder II, Sozialgeld, Wohngeld, Ausbildungsbeihilfe, BAFöG, Waisenrente, Unterhaltsleistungen, Mieteinnahmen, Zinsen/Kapitalerträge</i> - Zutreffendes bitte <u>unterstreichen</u> und ggf. den Personen zuordnen sonstige Einnahmen – welche?:	Vater/Stiefvater	€				
		€				
	Mutter/Stiefmutter	€				
		€				
	andere Personen	€				
		€				
		€				
		€				
		€				
		€				
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/Handy/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?*)		€				
* ohne diese näheren Angaben nicht anrechenbar!		€				
Kindergarten, Hort, Betreuungskosten (ohne Essensgeld)		€				
Aktuelle monatl., krankheitsbedingte Fahrkosten zur Klinik		€				
Bitte ausrechnen*: Einfache Entfernung Wohnort/Klinik: km x 2		€				
x Fahrten zur Klinik pro Monat x -,18 € = BZW. FAHRKARTENPREIS		€				
Haushaltshilfe (oder besondere Kosten, bitte Begründung/Belege angeben)		€				
* 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/Dienstsigel:

.....
Ort, Datum, Unterschrift Sozialdienst

.....
Tel.-Nr., E-Mail Sozialdienst

Einsenden an:

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

Erläuterungen zum Antrag: