



Erläuterungen zum Sozialfonds-Antrag

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 zu ermöglichen, die dem krebskranken Kind zugute kommen.

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 dem Haushalt einen bestimmten „Grundbedarf“ zuzuordnen, benötigen wir hier die Angaben aller in Ihrer Haushalts- und Wirtschaftsgemeinschaft lebenden Familienmitglieder bzw. Partner, Großeltern usw. – Ausländer geben bitte eine deutsche Anschrift an, unter der wir sie erreichen können.*
- zu (2) *Zur Bankverbindung neben der IBAN bitte immer auch den oder die Kontoinhaber mit korrekten Namen angeben – wenn die Angaben nicht übereinstimmen, entstehen u.U. Zahlungsverzögerungen. Baranweisungen sind nicht möglich. Bei Kontoinhabern außerhalb der Familie werden wir eine Empfangsbestätigung anfordern.*
- zu (4) *Hier können Sie eintragen, wofür das Geld insbesondere beantragt wird. Kosten für die medizinische Behandlung können wir leider nicht übernehmen. Abgesehen davon, hängt die Höhe unserer Zuwendung 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 aus Formblatt 2) eintragen. Der unter (6) anzugebende Betrag und wie der Haushalt zusammengesetzt ist, sind in der Regel 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 Wilms tumor, und bitte das Datum der Diagnosestellung (Monat und 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) *Ein Arzt oder eine Ärztin der onkologisch-hämatologischen Station der behandelnden Kinderklinik in Deutschland 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. Jugendliche über 18 Jahren können dann selbst Antragsteller sein, wenn sie nicht bei ihren Eltern leben.

Bitte geben Sie mit Ihrer Unterschrift auch Ihre Telefonnummer oder Emailadresse 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 krankheitsbezogenen 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 Zeile im Ausgabenblock (B). Platz für Erklärungen und Begründungen dafür finden Sie auf der Rückseite der Antragsformulare. Bitte machen Sie davon Gebrauch. – Hilfreich ist es auch, wenn Sie uns z.B. bei Hart-IV-Bezug eine Kopie des letzten Bescheides (mit dem Berechnungsbogen!) beifügen, als Ergänzung zu Ihren vollständigen Eintragungen auf unserem Formblatt.

Berücksichtigt wird bei uns die Einkommens- und Ausgabensituation, wie sie zum Zeitpunkt der Antragstellung vorliegt bzw. in nächster Zukunft zu erwarten ist. Ausgaben, die in der Vergangenheit geleistet wurden, bleiben unberücksichtigt.

Zu „Fahrtkosten“ Falls Fahrtkosten 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-Fahrtkosten aus: wir erkennen zurzeit 18 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! Beachten Sie bitte, dass Sie solche Fahrtkosten, 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 können.

Ein Beispiel: Das Kind ist noch in der stationären Therapie mit der Mutter in der 30 km entfernten Klinik und wird vom Vater an durchschnittlich 24 Tagen im Monat jeweils von zu Hause aus besucht.
→ 24 Tage x 30 km x 2/Tag x 0,18 €/km = 259,20 €

Wir bemühen uns, jeden Antrag schnell und sorgfältig zu prüfen, und rechnen mit einer Bearbeitungszeit von ca. 3 – 6 Wochen. Im Interesse aller Antragsteller werden unvollständige Angaben in der Regel nicht nachgefragt, sondern bei der Zuschusshöhe nicht berücksichtigt bzw. gehen die Anträge umgehend zurück.

Bitte schicken Sie die ausgefüllten Formulare an die folgende Adresse:

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

Falls Sie Fragen haben, rufen Sie uns unter der Nummer 0228/68846-16 an. Wir helfen Ihnen gerne.

Mit freundlichen Grüßen

**Sabine Sharma, Monika Joseph
Sozialfonds der Deutschen Leukämie-Forschungshilfe**

Stand: April 2017