



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

## 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.*

*Nicht allein der traurige Umstand, dass ein Kind oder ein Jugendlicher an Krebs erkrankt, begründet für die Familie einen Anspruch auf Unterstützung aus dem Sozialfonds. Niemandem steht automatisch ein bestimmter Betrag zu. Nur die krankheitsbedingte finanzielle Notlage, die akute Bedürftigkeit, zählt für unsere Entscheidung, ob einmalig eine Zuwendung aus Spendengeldern gewährt werden kann. Eine weitere Voraussetzung ist, dass das Kind in einer deutschen Klinik in Behandlung ist – und dass es für den aktuellen Erkrankungsfall bisher noch keine Zuwendung aus dem Sozialfonds erhalten hat (ein Rezidiv oder eine Transplantation gilt für uns als neuer Erkrankungsfall und ermöglicht eine erneute Zuwendung, genauso wie auch ein Todesfall).*

*Es bleibt uns daher nicht erspart, einige Fragen zu stellen, damit wir sicher gehen können, dass diese Unterstützung aus Spenden-Geldern wirklich denjenigen zugutekommt, die sie am dringendsten benötigen.*

*Nachstehend einige Erläuterungen zum Aufbau des Antrages. Dieser besteht aus drei Teilen, die Sie bitte wahrheitsgetreu, vollständig und gut lesbar ausfüllen. Ihre Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt. Die Vorgaben der Datenschutzgesetze und -verordnungen beachten wir genau (siehe gesondertes Blatt Datenschutzinformationen).*

*\*Es sind hier wie im Folgenden natürlich immer Vertreter\*innen aller Geschlechter gemeint!*

### 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 die BIC und 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 (und nicht müssen) Sie eintragen, wofür oder aus welchem Grund das Geld insbesondere beantragt wird. Kosten für die medizinische Behandlung können wir leider nicht übernehmen. Abgesehen davon hängt im Fall einer Zuwendung deren Höhe nicht vom Antragsgrund ab, sondern in der Regel allein vom Familieneinkommen (5) und der Familienzusammensetzung (3).*
- zu (5) *Hier bitte das Familien-Resteinkommen nach Abzug der festen monatlichen Belastungen (Summe A minus Summe B aus Formblatt 2) eintragen.*
- zu (6) *Nur Familien mit einem Kind/Jugendlichen, 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 Wilmstumor, 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 (7) *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 Patienten in einem Haushalt lebenden Eltern(teile). Jugendliche über 18 Jahren können dann selbst Antragsteller sein, wenn sie nicht bei ihren Eltern leben.*

*Bitte geben Sie für Rückfragen auch Ihre Telefonnummer oder Emailadresse an.*

## 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 unter „Grund des Antrags“ genannte krankheitsbezogene Sonderkosten, müssen hier in Euro und Cent ausgedrückt erscheinen. Bitte bedenken Sie, dass wir einen vollständig ausgefüllten Antrag sehr viel schneller bearbeiten können, das Geld also eher gutgeschrieben werden kann!

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.

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. Davon gibt es zwei Ausnahmen: 1.) Empfänger von Bürgergeld (oder von vergleichbaren Leistungen, die mit einer behördlichen Prüfung von Einkommen und Vermögen verbunden sind) fügen bitte eine Kopie des aktuellen (Jobcenter-)Bescheids mit dem Berechnungsbogen bei, ergänzend zu den vollständigen Eintragungen auf unserem Formblatt; 2.) bei besonderen, nicht abgefragten Ausgaben, die dennoch nach Ihrem Dafürhalten unvermeidlich sind oder aufgrund der Krebserkrankung anfallen und nicht von Dritten übernommen werden, schicken Sie uns bitte die entsprechenden Belege mit und benutzen für die Eintragung die letzte Zeile im Ausgabenblock (B). Platz für Erklärungen und Begründungen dafür finden Sie auf der Rückseite der Antragsformulare.

Ein erleichtertes Verfahren gilt für Antragsteller/Familien, die

- a) Kein Pflegegeld erhalten und gleichzeitig
- b) Empfänger von Bürgergeld sind (oder von vergleichbaren Leistungen, die mit einer behördlichen Prüfung von Einkommen und Vermögen verbunden sind):

Hier reicht uns eine Kopie des aktuellen (Jobcenter-)Bescheids. Die Ausgaben (B) brauchen dann nicht angegeben zu werden! – Sobald jedoch Pflegegeld bezogen oder nach einer bereits erfolgten Begutachtung erwartet wird, greift kein erleichtertes Verfahren und alle Einnahmen und Ausgaben sind aufzuführen, da wir (im Gegensatz zum Jobcenter) das Pflegegeld als Einkommen anrechnen.

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 20 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. → 30 km x 2/Tag x 24 Tage x 0,20 €/km = 288,00 €

## Formblatt 3

Diese Einwilligung in die Datenverarbeitung ist aufgrund gesetzlicher Bestimmungen unverzichtbar.

Wir bemühen uns, jeden Antrag schnell und sorgfältig zu prüfen, und rechnen mit einer Bearbeitungszeit von in der Regel 1 bis 5 Wochen. Im Interesse aller Antragsteller werden unvollständige Angaben u.U. nicht nachgefragt, sondern bei der Zuschusshöhe zuungunsten der Antragsteller ausgelegt.

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 an unter 0228-68846-16 / -37 / -31. Wir helfen Ihnen gerne.

Ihr Sozialfonds-Team:  
Sabine Sharma, Adriana Peters, Tanja Berger