

Sozialfonds

Antrag für:

Name und Vorname des Patienten in Druckbuchstaben

HOFFNUNG AUF
HEILUNG



(1) Personalien:

Patient geb. am:

Patient: männl. weibl. div.

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 (freiwillige Angabe):

(5) Familieneinkommen (nach Abzug anrechenbarer Kosten): € _____

Summe A minus Summe B aus dem beigefügten Formblatt 2

(6) Diagnose:

Daran seit wann erkrankt?
(Monat/Jahr)

Rezidiv? nein ja, seit

(Monat/Jahr)

Stammzelltransplantation, wann:

(7) 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 (6) und (7)

Ich versichere, dass die Angaben auf den Formblättern 1 und 2 richtig und vollständig sind und mein/unser ungebundenes Vermögen weniger als 15.500 € pro Familienmitglied beträgt:

.....
Unterschrift der Antragsteller (Eltern)

.....
Ort/Datum

.....
Tel.-Nr./E-Mail

Bitte mit Schreibmaschine oder in Druckbuchstaben ausfüllen!

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 (4) eintragen!

(A) Monatliches Nettoeinkommen aller im Haushalt lebenden Personen

| Einkommensarten bitte unterstreichen! | | Euro, Cent | | | | |
|--|----------------|------------|--|--|--|--|
| Einkommen aus Arbeit oder Rente | wer?: | € | | | | |
| auch Ausbildungsgeld, BAFöG, Waisenrente ... | wer?: | € | | | | |
| Krankengeld; Arbeitslosengeld I | wer?: | € | | | | |
| auch andere Lohnersatzleistungen | wer?: | € | | | | |
| Arbeitslosengeld II*/Sozialgeld*/Grundsicherung*; Leistg. nach AsylbLG* | | € | | | | |
| Elterngeld; Unterhaltsleistungen von z.B. Vater u./od. Ex-Partner | | € | | | | |
| Kindergeld, Kinderzuschlag | | € | | | | |
| Pflegegeld: immer angeben, ggf. „0“ eintragen – ist beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | € | | | | |
| Alle sonstigen Einnahmen, z.B. Wohngeld, Mieteinnahm., Zinsen/Dividenden... | | € | | | | |
| * bitte aktuellen Bescheid beifügen! | 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 (incl. Heizung/NK) bzw. bei Eigentum: alle Nebenkosten | | € | | | | |
| Strom | | € | | | | |
| Telefon/Internet/Rundfunk/Fernsehen: unveränderliche Pauschale | | € | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Versicherungen (Lebens-, Unfall- usw., auf Monat umgerechnet, keine Sparverträge) im Einzelnen: | | € | | | | |
| | | € | | | | |
| | | € | | | | |
| Kfz-Steuer und Kfz-Versicherung (auf Monat umgerechnet) | | € | | | | |
| Unterhaltszahlungen an Angehörige außerhalb des eigenen Haushalts | | € | | | | |
| 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 -,20 € = ... Bzw. PREIS für FAHRKARTEN | | € | | | | |
| Kosten, die nur aufgrund von Pflegebedürftigkeit anfallen (welche?*): | | € | | | | |
| | | € | | | | |
| Haushaltshilfe (oder weitere besondere Kosten, bitte Begründung/Belege angeben) | | € | | | | |
| * ohne diese näheren Angaben nicht anrechenbar! | Summe B | € | | | | |

Bestätigung durch den Sozialdienst der Klinik, einen Mitarbeitenden der Elterngruppe oder einer behördlichen Einrichtung – **hiermit werden die auf dieser Seite gemachten Angaben bestätigt:**

Stempel/Dienstsiegel:

.....
Ort, Datum, Unterschrift Sozialdienst

.....
Tel.-Nr., E-Mail des Sozialdienstes



Einwilligung in die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Rahmen Ihres Antrags auf Zuwendung aus dem Sozialfonds

Wir, der Deutsche Leukämie-Forschungshilfe Aktion für krebskranke Kinder e.V., Adenauerallee 134, 53113 Bonn (nachfolgend "wir" oder "Deutsche Leukämie-Forschungshilfe"), unterstützen Sie im Rahmen Ihres Antrages auf Zuwendungen aus dem Sozialfonds.

Da nur Familien mit einem Kind/Jugendlichen, das/der an einem Krebs oder einer schweren hämatologischen Erkrankung leidet, innerhalb von i. d. R. zwei Jahren nach der (Erst- oder Rezidiv-) Diagnose Unterstützung aus diesem Fonds erhalten können, ist es erforderlich, dass wir im Rahmen des Bewilligungsverfahrens Gesundheitsdaten (u.a. genaue ärztliche Diagnosen, z.B. ALL oder Wilmstumor, Zeitpunkt der Diagnosestellung, Fragen nach Transplantation oder Rezidiv, ggfs. Angaben, ob erstes oder wiederholtes Rezidiv, Behandlungsort/-klinik, behandelnder Arzt, Angaben zu Pflegegeld und krankheitsbedingten Fahrtkosten) des Kindes/Jugendlichen, für welches/welchen der Antrag erfolgt, verarbeiten.

Die verarbeiteten Gesundheitsdaten erstrecken sich ausschließlich auf die im Antragsformular für Zuwendungen aus dem Sozialfonds abgefragten und von Ihnen bzw. den behandelnden Ärzten und Sozialarbeitern erteilten Informationen.

Bei Gesundheitsdaten handelt es sich um sogenannte besondere Kategorien personenbezogener Daten gemäß Art. 9 DSGVO.

Die Verarbeitung der vorgenannten personenbezogenen Daten erfolgt für folgende Zwecke:

- Entscheidung über die Bewilligung Ihres Antrages auf Zuwendung aus dem Sozialfonds.

Das Unterzeichnen dieser Einwilligungserklärung ist freiwillig. Wird die Einwilligung nicht erteilt, kann jedoch eine Bearbeitung Ihres Antrages und dementsprechend eine Bewilligung der Zuwendung aus dem Sozialfonds, mangels Berechtigung zur Verarbeitung der von der Einwilligung umfassten personenbezogenen Daten, nicht oder nur teilweise erfolgen.

Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit unter info@kinderkrebsstiftung.de oder postalisch: Deutsche Leukämie-Forschungshilfe Aktion für krebskranke Kinder e.V. Dachverband, Sozialfonds, Adenauerallee 134, 53113 Bonn widerrufen werden. Ein Widerruf hat zur Folge, dass die weitere Verarbeitung der vorgenannten Daten eingestellt wird. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf jedoch nicht berührt.

Hiermit erteile ich der Deutschen Leukämie-Forschungshilfe meine Einwilligung bezüglich der beschriebenen Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen meines Antrages auf Zuwendung aus dem Sozialfonds, die sich dabei ausdrücklich auch auf die Verarbeitung sog. besonderer Kategorien personenbezogener Daten (insb. Gesundheitsdaten) bezieht.

Die „Datenschutzinformationen für den Antrag auf Zuwendungen aus dem Sozialfonds“ mit weiteren Informationen zum Datenschutz wurden mir zur Verfügung gestellt.

→ _____
Name der betroffenen Person (des Kindes/Jugendlichen), für die die Einwilligung erfolgt

→ _____
Name(n) des/der Träger(s) der elterlichen Verantwortung
(Soweit nur ein Träger der elterlichen Verantwortung unterzeichnet, erklärt er, dass er das alleinige Sorgerecht hat oder berechtigt ist, diese Erklärung auch im Namen etwaiger weiterer gesetzlicher Vertreter verbindlich abzugeben)

→ _____
Ort, Datum

→ _____
Unterschrift des Trägers der elterlichen Verantwortung für die betroffene Person bzw. Unterschrift der betroffenen volljährigen Person