



---

**Wichtiger Hinweis**


---

**Um den Antrag zügig bearbeiten zu können und um Rückfragen zu vermeiden, benötigen wir:**

- Eine aktuelle, vom zuständigen Arzt unterzeichnete ärztliche Bescheinigung über die Krebserkrankung, auf der das Datum der Diagnose vermerkt ist (Anlage)
- Angaben zum Sparguthaben aller im Haushalt lebenden Personen
- Vollständige Angaben zu den monatlichen Einnahmen und Ausgaben aller im Haushalt lebenden Personen
- Sofern Sie staatliche Leistungen beziehen, eine vollständige Kopie des aktuellen Bewilligungsbescheides inklusive des Berechnungsbogens

---

**Anzahl der zum Haushalt gehörenden Personen**


---

Vorname, Name d. Ehegatten:	Geb.-Datum:
Vorname, Name d. Lebensgefährten:	Geb.-Datum:
Vorname, Name d. Eltern:	Geb.-Datum:
	Geb.-Datum:
Vorname, Name d. Kinder:	Geb.-Datum:
	Geb.-Datum:
	Geb.-Datum:
Vorname, Name anderer Person:	Geb.-Datum:
	Geb.-Datum:

---

**Sparguthaben (Bitte fügen Sie entsprechende Belege in Kopie bei)**


---

Höhe des gesamten Sparguthabens aller im Haushalt lebenden Personen: € \_\_\_\_\_

---

**Monatliches Nettoeinkommen aller zum Haushalt gehörenden Personen**


---

	Betroffener	Ehegatte / Lebensgefährte	Eltern	Kinder	Andere Personen
Hartz IV / Grundsicherung:	€	€	€	€	€
Lohn / Gehalt:	€	€	€	€	€
Einkünfte aus selbst. Arbeit:	€	€	€	€	€
Arbeitslosengeld I:	€	€	€	€	€
Krankengeld:	€	€	€	€	€
Rente, Zusatzrente, Pension:	€	€	€	€	€
Ausbildungsvergütung:	€	€	€	€	€
Kindergeld:	€	€	€	€	€
Erziehungs- / Elterngeld:	€	€	€	€	€
Unterhaltszahlungen:	€	€	€	€	€
Wohngeld:	€	€	€	€	€
Pflegegeld / Blindengeld:	€	€	€	€	€
Mieteinnahmen:	€	€	€	€	€
Einkünfte aus Kapitalvermögen (Zinsen / Dividenden):	€	€	€	€	€
Sonstiges:	€	€	€	€	€

---

**Regelmäßige monatliche Ausgaben**


---

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass Kosten für Therapien, Medikamente oder medizinische Hilfsmittel nicht berücksichtigt werden können.

<b>Mieter</b>		<u>Haftpflichtversicherung:</u>	€
<u>Gesamtmiete:</u>	€	<u>Hausratversicherung:</u>	€
<u>Garage:</u>	€	<u>Rechtsschutzversicherung:</u>	€
<b>Hausbesitzer</b>		<u>Unfallversicherung:</u>	€
<u>Hausbelastung:</u>	€	<u>Lebensversicherung:</u>	€
<u>Grundsteuer:</u>	€	<u>Sterbeversicherung:</u>	€
<u>Wasser:</u>	€	<u>Private Kranken- / Pflegeversicherung:</u>	€
<u>Müll:</u>	€	<u>Riesterversicherung:</u>	€
<u>Schornsteinfeger:</u>	€	<u>KFZ Versicherung:</u>	€
<u>Wartung Heizung:</u>	€	<u>KFZ Steuer:</u>	€
<u>Heizung:</u>	€	<u>ADAC:</u>	€
<u>Wohngebäudeversicherung:</u>	€	<u>Fahrkarte:</u>	€
<b>Sonstiges</b>		<u>Unterhaltszahlungen:</u>	€
<u>Telefon/Rundfunk/Fernsehen/Internet:</u>	€	<u>Kindergarten / Hort (ohne Verpflegung):</u>	€
<u>Bausparvertrag:</u>	€	<u>Haushaltshilfe / Pflegedienst:</u>	€
<u>Strom:</u>	€	<u>Ratenzahlungen:</u>	€

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Betroffenen: \_\_\_\_\_

**Mit der Unterschrift versichert der Betroffene die Richtigkeit der Angaben und dass kein weiteres verfügbares Einkommen vorhanden ist und / oder keine weiteren Einnahmen vorliegen.**

---

**Einwilligungserklärung**


---

Hiermit willige ich ein, dass die Unterlagen/Nachweise für die Antragstellung und die uns freiwillig überlassenen besonders sensiblen personenbezogenen Gesundheitsdaten von der Deutschen Krebshilfe gemäß Art. 6 (1) (a,f) DSGVO zum Zweck der Antragsbearbeitung und –verwaltung durch den Härtefonds der Deutschen Krebshilfe elektronisch erfasst, verarbeitet und ausschließlich zu diesem Zweck genutzt werden. Die Verweigerung der Einwilligung (keine Unterschrift) ist mit keinen Nachteilen verbunden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Betroffenen: \_\_\_\_\_

---

**Bestätigung einer Behörde oder öffentlichen Institution (z. B. Sozialdienst der Klinik, Diakonie, Krankenkasse o. ä.)**


---

Hiermit werden obige Angaben zu den monatlichen Nettoeinkommen, regelmäßigen monatlichen Ausgaben und Sparguthaben bestätigt.

Titel, Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Dienststempel: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_