



---

**Folgende Personen gehören zum Haushalt**


---

Vorname, Name des Ehegatten / Lebensgefährten:	Geb.-Datum:
_____	_____
_____	Geb. Datum:
Vorname, Name der Eltern:	_____
_____	Geb.-Datum:
_____	Geb.-Datum:
_____	Geb.-Datum:
Vorname, Name der Kinder:	Geb.-Datum:
_____	Geb.-Datum:
_____	Geb.-Datum:
_____	Geb.-Datum:
_____	Geb.-Datum:
Vorname, Name anderer Personen:	Geb.-Datum:
_____	Geb.-Datum:
_____	Geb.-Datum:
_____	Geb.-Datum:

---

**Sparguthaben**


---

- Ja      Höhe des gesamten Sparguthabens aller im Haushalt lebenden Personen: € \_\_\_\_\_  
 (Bitte Nachweise beifügen)
- Nein

---

**Monatliches Nettoeinkommen aller Personen, die zum Haushalt gehören**


---

	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 Kapitalvermö- gen (Zinsen / Dividenden):	€	€	€	€	€
Sonstiges:	€	€	€	€	€

---

**Regelmäßige monatliche Ausgaben aller Personen die zum Haushalt gehören**


---

- Bitte alle viertel-, halb- oder jährlichen Ausgaben auf den Monat umrechnen
- Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Kosten für Therapien, Medikamente oder medizinische Hilfsmittel nicht berücksichtigt werden können

<b>Mieter</b>		Haftpflichtversicherung:	_____	€	
Gesamtmiete:	_____	€	Hausratversicherung:	_____	€
Garage:	_____	€	Rechtenschutzversicherung:	_____	€
			Unfallversicherung:	_____	€
<b>Hausbesitzer</b>			Lebensversicherung:	_____	€
Hausbelastung:	_____	€	Sterbeversicherung:	_____	€
Grundsteuer:	_____	€	Private Kranken- / Pflegeversicherung:	_____	€
Wasser/Abwasser:	_____	€	Riester Vertrag:	_____	€
Müll:	_____	€	KFZ Versicherung:	_____	€
Schornsteinfeger:	_____	€	KFZ Steuer:	_____	€
Wartung Heizung:	_____	€	ADAC o. ä.:	_____	€
Heizungskosten:	_____	€	Fahrkarte:	_____	€
Wohngebäudeversicherung:	_____	€	Unterhaltszahlungen:	_____	€
<b>Sonstiges</b>			Kinderbetreuungskosten		
Telefon / GEZ Gebühren / Internet:	_____	€	ohne Verpflegung	_____	€
Bausparvertrag:	_____	€	Haushaltshilfe / Pflegedienst:	_____	€
Strom:	_____	€	Ratenzahlungen:	_____	€

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

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

**Mit der Unterschrift versichert der Betroffene die Richtig- und Vollständigkeit der Angaben.**

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

- Eine aktuelle, vom zuständigen Arzt unterzeichnete Bescheinigung über die Krebserkrankung, auf der das Datum der Diagnose vermerkt ist (Anlage)
- Wenn Sie Sozialleistungen erhalten, eine **vollständige** Kopie des aktuellen Bescheides über Sozialleistungen einschließlich des Berechnungsbogens

---

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


---

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

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

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

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

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

---

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

---

Die von Ihnen uns zur Verfügung gestellten personenbezogenen – zum Teil auch sensiblen Daten – verarbeiten wir gemäß der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) Artikel 6 Abs. 1 „Rechtmäßigkeit der Verarbeitung“ und Artikel 9 Abs. 2 (a) „Ausdrückliche Einwilligung“ und Abs. 2 (b) „Verarbeitung zur Unterstützung in Härtefällen“.

Verantwortliche Stelle im Sinne des Datenschutzrechts ist die Stiftung Deutsche Krebshilfe, Buschstr. 32, 53113 Bonn. Dort erreichen Sie auch unseren Datenschutzbeauftragten.

**Originalbelege, -dokumente erhalten Sie von uns umgehend zurück.** Bei einer Genehmigung werden Ihre personenbezogenen Daten nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert. Danach erfolgt die Vernichtung beziehungsweise Anonymisierung all Ihrer uns zur Verfügung gestellten Daten. Im Falle einer Ablehnung Ihres Antrages werden wir Ihre personenbezogenen Daten noch 8 Monate in unserem EDV-System vorhalten. Wir geben Ihnen damit die Möglichkeit, bei einer Änderung Ihrer wirtschaftlichen Situation so unbürokratisch wie nur möglich, einen Neuantrag zu stellen. Nach dieser Speicherdauer von 8 Monaten erfolgt natürlich auch hier die Vernichtung bzw. Anonymisierung Ihrer Daten.

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift erkläre ich mich einverstanden in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten in meinem Antrag. Des Weiteren gebe ich meine **ausdrückliche Einwilligung** in die Verarbeitung besonders sensibler Daten wie zum Beispiel Sparguthaben, Einkommen usw. sowie gesundheitlicher Angaben und beigelegter Dokumente. Meine ausdrückliche Einwilligung gebe ich weiterhin, im Falle einer Ablehnung meines Antrages in die Speicherung meiner personenbezogenen und sensiblen Daten für die Dauer von 8 Monaten.

Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen kann. In diesem Falle werden alle Daten und vorhanden Unterlagen – soweit möglich – vernichtet oder anonymisiert.

Weitere Informationen unter anderem zu Ihren Rechten auf Auskunft, Berichtigungen und Beschwerden erhalten Sie unter [www.krebshilfe.de/datenschutz](http://www.krebshilfe.de/datenschutz)

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

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