Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Spendenkonto
Kreissparkasse Köln
IBAN DE65 3705 0299 0000 9191 91
BIC COKSDE33XXX

An die
Deutsche Krebshilfe
Härtefonds
Postfach 1467
53004 Bonn

Antrag auf einmalige Unterstützung aus dem Härtefonds der Deutschen Krebshilfe

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag per Post an obige Adresse.
Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Posteingang

Vorgangsnr.

Nur für interne Zwecke

Betroffener* (Angaben bitte in Druckbuchstaben)

Titel, Vorname, Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefonnummer: Geburtsdatum:

E-Mail:

Geschlecht: ○ Männlich ○ Weiblich ○ Divers

Familienstand: ○ Ledig ○ Verheiratet ○ Verpartnert ○ Geschieden ○ Verwitwet ○ Getrenntlebend

Antragsteller (Angaben bitte in Druckbuchstaben)

Nur für interne Zwecke

(Nur ausfüllen, wenn der Betroffene den Antrag nicht selbst stellt)

○ Mutter ○ Vater ○ Ehegatte ○ Betreuer

Titel, Vorname, Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

Bankverbindung (Name / vollständige Anschrift des Kontoinhabers in Druckbuchstaben)

Nur für interne Zwecke

Titel, Vorname, Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

IBAN-Nr.: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Name und Ort des Geldinstituts:

* Aus Gründen der Lesbarkeit wird im gesamten Dokument bei der Bezeichnung von Personengruppen die männliche Person verwendet; selbstverständlich sind dabei alle Geschlechtsformen eingeschlossen.

Buschstraße 32 53113 Bonn
Internet: www.krebshilfe.de

Tel: +49 (0) 228 / 7 29 90-0
Fax: +49 (0) 228 / 7 29 90-11
E-Mail: deutsche@krebshilfe.de

DKH-HTF-AN 38 0011

Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

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:

Bankguthaben

☐ Ja — Höhe des gesamten Bankguthabens 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 Kapitalvermögen (Zinsen / Dividenden):	€	€	€	€	€
Sonstiges:	€	€	€	€	€

Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

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

Mieter			Haftpflichtversicherung:		€
Gesamtmiete:		€	Hausratversicherung:		€
Garage:		€	Rechtschutzversicherung:		€
			Unfallversicherung:		€
Hausbesitzer			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:		€
Sonstiges			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:

Deutsche Krebshilfe
HELFEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

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

Ort, Datum: _____ Unterschrift des Betroffenen: _____

Stand Oktober 2026