



An die  
Deutsche Krebshilfe e.V.  
Härtetfonds  
Postfach 1467  
53004 Bonn

## Antrag auf einmalige Unterstützung aus dem Härtetfonds der Deutschen Krebshilfe e.V.

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

### Betroffener\* (bitte in Druckbuchstaben)

Titel, Vorname, Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

Geb.-Datum:

E-Mail Adresse:

Geschlecht:  männlich  weiblich

Familienstand:  ledig  verheiratet  verpartnert  geschieden

verwitwet  getrennt lebend

Posteingang

Vorgangsnr.

nur für interne Zwecke

### Antragsteller (bitte in Druckbuchstaben)

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

Mutter  Vater  Ehegatte  Betreuer

Titel, Vorname, Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

nur für interne Zwecke

### Bankverbindung (Name und vollständige Anschrift des Kontoinhabers in Druckbuchstaben)

Titel, Vorname, Name Konto-Inhaber:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

BLZ: | | | | | | | | | | Konto-Nr.: | | | | | | | | | | | | | | | |

Name und Ort des Geldinstituts:

nur für interne Zwecke

\* Zur Vereinfachung werden lediglich die männlichen Bezeichnungen benutzt. Diese Bezeichnungen stehen selbstverständlich sowohl für die männliche als auch für die weibliche Form.

## 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,
- 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 inkl. 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 Personen:	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 u. a.)	€	€	€	€	€
Sonstiges	€	€	€	€	€

## Regelmäßige monatliche Ausgaben

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

Gesamtmiete:	€	Unfallvers.:	€
Garage:	€	Lebensvers.:	€
Hausbelastung:	€	Sterbevers.:	€
Bausparvertrag:	€	Private Kranken-/Pflegevers.:	€
Grundsteuer:	€	Riestervers.:	€
Wasser:	€	Wohngebäudeversicherung:	€
Müll:	€	KFZ Versicherung:	€
Schornsteinfeger:	€	KFZ Steuer:	€
Wartung Heizung:	€	ADAC:	€
Heizung:	€	Fahrkarte:	€
Strom:	€	Unterhaltszahlungen:	€
Telefon/Rundfunk/Fernsehen:	50,00 €	Kindergarten/Hort (ohne Verpflegung):	€
Haftpflichtvers.:	€	Haushaltshilfe/Pflegedienst:	€
Hausratvers.:	€	Ratenzahlungen:	€
Rechtsschutzvers.:	€		

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 Antragsstellung und die uns freiwillig überlassenen besonderen sensiblen personenbezogenen Gesundheitsdaten (§ 3 Abs. 9 BDSG) von der Deutschen Krebshilfe e.V. zum Zweck der Antragsbearbeitung und -verwaltung durch den Härtefonds der Deutschen Krebshilfe e.V. elektronisch erfasst, verarbeitet und ausschließlich für interne Zwecke genutzt werden. Die Verweigerung der Einwilligung (keine Unterschrift) ist mit keinen Nachteilen verbunden. Eine Weitergabe (Übermittlung) der Daten an Dritte erfolgt nicht.

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 Netto-Einkommen, regelmäßigen monatlichen Ausgaben und Sparguthaben bestätigt.

Titel, Vorname, Name:

Dienststempel:

Ort, Datum:

Unterschrift: