

**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 o. g. Adresse.
Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

<hr/> Betroffener* (bitte in Druckbuchstaben) <hr/>	Posteingang <hr/>
	Vorgangsnr. <hr/> <small>nur für interne Zwecke</small>
Titel, Vorname, Name: _____	
Straße, Hausnummer: _____	
PLZ, Ort: _____	
Telefonnummer: _____	Geburtsdatum: _____
E-Mail: _____	
Geschlecht: <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	
Familienstand: <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> verpartnert <input type="radio"/> geschieden	
<input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> getrennt lebend	
Antragsteller (bitte in Druckbuchstaben)	_____
(Nur ausfüllen, wenn der Betroffene den Antrag nicht selbst stellt)	<small>nur für interne Zwecke</small>
<input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Ehegatte <input type="radio"/> Betreuer	
Titel, Vorname, Name: _____	
Straße, Hausnummer: _____	
PLZ, Ort: _____	
Telefonnummer: _____	
Bankverbindung (Name und vollständige Anschrift des Kontoinhabers in Druckbuchstaben)	_____
	<small>nur für interne Zwecke</small>
Titel, Vorname, Name: _____	
Straße, Hausnummer: _____	
PLZ, Ort: _____	
IBAN-Nr.:	BIC:
Name und Ort des Geldinstituts: _____	

* 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 (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.

Mieter		<u>Haftpflichtversicherung:</u>	€
<u>Gesamtmiete:</u>	€	<u>Hausratversicherung:</u>	€
<u>Garage:</u>	€	<u>Rechtsschutzversicherung:</u>	€
Hausbesitzer		<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>	€
Sonstiges		<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: _____