

# Antrag auf finanzielle Unterstützung

an den

## Krebsverband Baden-Württemberg e. V. Adalbert-Stifter-Str. 105, 70437 Stuttgart

(Dem Antrag bitte auf jeden Fall einen ärztlichen Befundbericht beifügen.)

### A. Personalien des Betroffenen

Name, Vorname	Geb.-Datum	
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	Kreis
Tel.-Nr. mit Vorwahl		
Familienstand (Zutreffendes bitte ankreuzen)		
ledig <input type="checkbox"/>	verheiratet <input type="checkbox"/>	verwitwet <input type="checkbox"/>
geschieden <input type="checkbox"/>	getrennt lebend <input type="checkbox"/>	
Beruf		
Staatsangehörigkeit		

### B. Personalien des Antragstellers (sofern mit dem Betroffenen nicht identisch)

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Tel.-Nr. mit Vorwahl	
in welchem Verhältnis stehen Sie zu dem / der Betroffenen (z. B. Mutter, Vater, Ehegatte, Lebensgefährte, Betreuer usw.)	

### C. Wirtschaftliche Verhältnisse

#### 1. Im Haushalt lebende Personen

<b>Ehegatte / Lebensgefährte:</b>	Name _____	Vorname _____	Geb.-Datum _____
<b>Kinder:</b>	Name _____	Vorname _____	Geb.-Datum _____
	Name _____	Vorname _____	Geb.-Datum _____
	Name _____	Vorname _____	Geb.-Datum _____
	Name _____	Vorname _____	Geb.-Datum _____
<b>Andere Personen:</b>	Name _____	Vorname _____	Geb.-Datum _____
	Name _____	Vorname _____	Geb.-Datum _____

## 2. Netto-Einkommen monatlich

Arbeitsverdienst      Betroffener:      EUR \_\_\_\_\_  
Ehegatte/Lebensgefährte:      EUR \_\_\_\_\_  
Kinder und sonstige Familienangehörige:      EUR \_\_\_\_\_

### Sonstige Leistungen (aller zum Haushalt gehörenden Personen)

Renten / Pensionen      EUR \_\_\_\_\_  
Kindergeld      EUR \_\_\_\_\_  
Unterhaltszahlungen      EUR \_\_\_\_\_  
Krankengeld      EUR \_\_\_\_\_  
Arbeitslosengeld/-hilfe      EUR \_\_\_\_\_  
Pflegegeld      EUR \_\_\_\_\_  
Hilfe zum Lebensunterhalt (BSHG)      EUR \_\_\_\_\_  
Wohngeld      EUR \_\_\_\_\_  
Mieteinnahmen      EUR \_\_\_\_\_  
Einkünfte aus Vermögen      EUR \_\_\_\_\_  
u. a.      EUR \_\_\_\_\_

## 3. Verpflichtungen monatlich (aller zum Haushalt gehörenden Personen)

Miete oder Hausbelastung (einschl. Nebenkosten)      EUR \_\_\_\_\_  
Versicherungen (Lebens-, Unfall-, Sterbeversicherung usw.)      EUR \_\_\_\_\_  
Kfz-Steuer / Kfz-Versicherung      EUR \_\_\_\_\_  
Haushaltshilfe      EUR \_\_\_\_\_  
Unterhaltszahlungen      EUR \_\_\_\_\_  
Ratenzahlungen      EUR \_\_\_\_\_

## 4. Auszahlung (Falls der Antrag bewilligt wird, an wen und wohin soll der Betrag überwiesen werden?)

Barauszahlungen und Auszahlungen per Scheck sind nicht möglich.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
Geldinstitut: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_

## 5. Besondere Angaben

Ich bin damit einverstanden, dass dem Krebsverband Baden-Württemberg e. V. über meine wirtschaftlichen Verhältnisse und meinen medizinischen Befund zur Entscheidung über die beantragte finanzielle Unterstützung Auskunft erteilt wird.

Alle Angaben sind vom Krebsverband vertraulich zu behandeln und unterliegen dem Datenschutz.

Ort / Datum

Dienststelle

Unterschrift Betroffener / Antragsteller

Anlagen: 1 Ärztlicher Befundbericht