

Checkliste zum Antrag auf finanzielle Unterstützung

- Antrag ist vollständig ausgefüllt
- Antrag ist unterschrieben
- Bankverbindung und Kontoinhaber sind angegeben
- Ärztlicher Befund (Vordruck) oder aktueller Entlassungsbericht der Klinik ist beigelegt
- Ärztlicher Befund (Vordruck) enthält Datum der Erstdiagnose
- Nachweise Miet- und Heizkosten (z. B. Überweisungsträger, Mietvertrag) sind beigelegt
- Aktuelle Nachweise der Einkommen aller Haushaltsangehörigen sind beigelegt
- Ggf. Nachweis der Vollmacht bzw. gesetzlichen Betreuung ist beigelegt

Nachweise über Miet- und Heizkosten sowie Einkommen sind nicht erforderlich, wenn diese bei Antragstellung einer beratenden Stelle (Krebsberatungsstelle, Sozialdienst etc.) vorgelegt und von dieser im Antrag bestätigt wurden.

Bitte geben Sie im Antrag Ihre E-Mail-Adresse an. Ihre E-Mail-Adresse wird ausschließlich zur Bearbeitung Ihres Antrags genutzt, verkürzt die Bearbeitungszeit und senkt unsere Verwaltungskosten.

Sollten Sie Unterstützung bei der Antragstellung benötigen, wenden Sie sich gerne an eine Krebsberatungsstelle, den Sozialdienst Ihrer behandelnden Klinik oder Ihre Krankenkasse.



Bitte beachten Sie, dass unvollständig eingereichte Anträge nicht bearbeitet werden können.

Antrag auf finanzielle Unterstützung

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

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

Betroffener

Name _____

Vorname _____ Geburtsdatum ____ / ____ / ____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Beruf _____

Krankenkasse _____

Staatsangehörigkeit _____

Familienstand ledig verheiratet / Lebenspartnerschaft
 verwitwet geschieden / getrennt lebend

Antragsteller (sofern mit Betroffenenem nicht identisch)

Name _____ Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Verhältnis zum Betroffenen Elternteil Ehepartner
 Betreuer Sonstiges: _____

Bankverbindung

Kontoinhaber _____

Geldinstitut _____

IBAN DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bitte beachten Sie Auszahlungen sind nur auf das Bankkonto des Betroffenen oder das eines gesetzlichen Betreuers bzw. Bevollmächtigten möglich (Nachweis bitte beifügen).

Folgende Personen leben gemeinsam mit dem Betroffenen in einem Haushalt

Name, Vorname des Ehe-/Lebenspartners _____ Geburtsdatum _____ / _____ / _____

Name, Vorname der Kinder _____ Geburtsdatum _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____

Name, Vorname Andere _____ Geburtsdatum _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____
 _____ / _____ / _____

Nettoeinkommen aller Haushaltsangehörigen/Monat in EUR

Einkommen	Betroffener	Ehe- oder Lebenspartner	Kinder	Andere	Andere
Lohn					
Arbeitslosengeld I					
Arbeitslosengeld II/ Hartz IV/Grundsicherung					
Krankengeld					
Pflegegeld					
Rente					
Ausbildungsvergütung					
Kindergeld					
Unterhaltszahlungen					
Wohngeld					
Mieteinnahmen					
Zinsen/Dividende					
Sonstige					

Anrechenbare Ausgaben/Monat in EUR

Miete oder
Hausbelastung _____

Heizkosten _____

Anmerkungen

Ich bin damit einverstanden, dass dem Krebsverband Baden-Württemberg e.V. über meine wirtschaftlichen Verhältnisse und meinen medizinischen Befund Auskunft erteilt wird. Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Mit der Unterschrift versichert der Betroffene die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum _____

Unterschrift
Betroffener _____

Ort, Datum _____

Unterschrift
Antragsteller _____

Die Nachweise über Mietkosten und Einkommen wurden vorgelegt und durch die beratende Stelle geprüft.

Stempel beratende Stelle