

## 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: \_\_\_\_\_



### 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