

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

Ehegatte / Lebensgefährte:	Name _____	Vorname _____	Geb.-Datum _____
Kinder:	Name _____	Vorname _____	Geb.-Datum _____
	Name _____	Vorname _____	Geb.-Datum _____
	Name _____	Vorname _____	Geb.-Datum _____
	Name _____	Vorname _____	Geb.-Datum _____
Andere Personen:	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-, Sterbe- 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?)

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

Bankleitzahl: _____

Kontonummer: _____

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