



## Antrag auf Unterstützungsleistung

### Antragssteller

Vorname / Nachname

Strasse

PLZ-Ort

eMail

Telefon / Fax

Kontoverbindung

### Angaben Unterstützungsempfänger (Kind)

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

### Diagnose, Beschreibung der Krankheit und des derzeitigen Krankheitszustandes



Familiäre und finanzielle Verhältnisse  
(als Nachweis ist eine Budgetaufstellung beizulegen)

--

Begründung der benötigten Unterstützung  
(bitte Aufstellung der krankheitsbedingten Mehrkosten wie Fahrtspesen etc. beilegen)

--

**Benötigter Unterstützungsbeitrag**

Betrag in EURO	

All diese Daten unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Die Hilfsorganisation (Krebsliga oder andere Institution), die das Gesuch im Auftrag des Unterstützungsempfängers übermittelt, bzw. der Unterstützungsempfänger selbst, sofern er das Gesuch persönlich einreicht, bestätigen hiermit, dass alle gemachten Angaben, Abschriften und Beilagen vollständig und korrekt sind und der Wahrheit entsprechen.

Unterschrift	Ort und Datum



## Angaben zu den Familienfinanzen

(Beilage zum Unterstützungsgesuch)

Name des Kindes, Adresse der Familie

Vorname / Nachname

Strasse

PLZ-Ort

eMail

Telefon / Fax

Kontoverbindung

Ergänzende Angaben



**Monatliche Einkünfte**

Einkünfte	EURO
<b>Nettoeinkommen Ehemann</b> Lohn, Gehalt, Rente/Zusatzrente, Pension, Einkünfte aus selbst. Arbeit, Krankengeld* <small>* Zutreffendes bitte ankreuzen</small>	
<b>Nettoeinkommen Ehefrau</b> Lohn, Gehalt, Rente, Pension, Einkünfte aus selbst. Arbeit, Krankengeld* <small>* Zutreffendes bitte ankreuzen</small>	
<b>Nettoeinkommen anderer im Haushalt lebenden Personen</b> Lohn, Gehalt, Rente, Pension, Einkünfte aus selbst. Arbeit, Krankengeld* <small>* Zutreffendes bitte ankreuzen</small>	
Arbeitslosengeld	
Kindergeld	
Unterhaltszahlungen / Alimente	
Elterngeld	
Pflegegeld	
Rentenzahlungen, Zusatzrenten	
Sonstige Einkünfte <small>bitte benennen:</small>	
<b>Summe Einkünfte</b>	
<b>Sonstige monatliche Einkünfte</b>	
z.B. Mieteinnahmen, Wohngeld, Zinsen/Kapitalerträge <small>* Zutreffendes bitte ankreuzen</small>	
zusätzliche Leistungen, die oben nicht aufgeführt sind <small>bitte benennen:</small>	
<b>Summe sonstige Einkünfte</b>	
<b>Total Einkünfte</b>	



Monatliche Ausgaben

**Fixe monatliche Ausgaben**

Miete oder Hausbelastung	
Nebenkosten (Heizung / Strom)	
Telefon / Rundfunk / Fernsehen	
Versicherungen (Lebens-, Unfall- usw. auf Monat umgerechnet, keine Sparverträge) bitte Versicherungen benennen:	
Mobilität (Bus, Auto, Fahrrad)	
Krankenkassenprämien	
Steuern (z. B. Kirchensteuer) bitte Steuern benennen:	
Alimente / Unterhalt	
Nichterwerbstätigenbeiträge	
Medizinische Mehrauslagen	
Haushaltshilfe, etc.	
Aus- und Weiterbildungskosten	
Kindergarten, Hort, etc.	
Betreuungskosten (Geschwisterbetreuung, etc.)	
Monatliche Ratenzahlungen / Kredit bitte benennen (Verwendung, Laufzeit, etc.):	
Andere regelmässige Zahlungen bitte benennen:	
<b>Summe fixe Ausgaben</b>	
<b>Fehlbetrag / Überschuss</b>	
<b>Vermögen</b>	
<b>Schulden</b>	



Krankheitsbedingte Mehrkosten, die nicht von der Krankenkasse oder von  
anderer Seite übernommen werden

Reisekosten (Besuchsfahrten, Fahrten zu ambulanten Behandlungen, etc.)

Anzahl Kilometer: \_\_\_\_\_ à EUR 0.42/km,  
in der Zeit von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Verpflegung der Eltern in der Klinik oder Kosten für spezielle Ernährung  
des Kindes zu Hause

Lohnausfall (bei Reduzierung oder Bezug Krankengeld bitte Differenz zum Nettolohn  
angeben)

weitere Kosten - bitte angeben:

Total krankheitsbedingte Mehrkosten

Unterschrift

Ort und Datum



## Anhang

Ergänzende Angaben

A large, empty rectangular area with a light gray background and a dashed border, intended for supplementary information.