



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



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 inkl. Bundessteuer

Alimente / Unterhalt

Nichterwerbstätigenbeiträge

Medizinische Mehrauslagen

Haushaltshilfe, Spitex, etc.

Aus- und Weiterbildungskosten

Kindergarten, Kita, etc.

Betreuungskosten (Geschwisterbetreuung, etc.)

Monatliche Ratenzahlungen / Kredit
 bitte benennen (Verwendung, Laufzeit, etc.):

Andere regelmässige Zahlungen
 bitte benennen:

Summe fixe Ausgaben

Fehlbetrag / Überschuss

Vermögen

Schulden



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 dotted border, intended for supplementary information.