



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* * Zutreffendes bitte ankreuzen	
Nettoeinkommen Ehefrau Lohn, Gehalt, Rente, Pension, Einkünfte aus selbst. Arbeit, Krankengeld* * Zutreffendes bitte ankreuzen	
Nettoeinkommen anderer im Haushalt lebenden Personen Lohn, Gehalt, Rente, Pension, Einkünfte aus selbst. Arbeit, Krankengeld* * Zutreffendes bitte ankreuzen	
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 * Zutreffendes bitte ankreuzen	
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 dashed border, intended for supplementary information.