
Wichtiger Hinweis

Um den Antrag zügig bearbeiten zu können und um Rückfragen zu vermeiden, benötigen wir:

- Eine aktuelle, vom zuständigen Arzt unterzeichnete ärztliche Bescheinigung über die Krebserkrankung, auf der das Datum der Diagnose vermerkt ist (Anlage)
- Angaben zum Sparguthaben aller im Haushalt lebenden Personen
- Vollständige Angaben zu den monatlichen Einnahmen und Ausgaben aller im Haushalt lebenden Personen
- Sofern Sie staatliche Leistungen beziehen, eine vollständige Kopie des aktuellen Bewilligungsbescheides inklusive des Berechnungsbogens

Anzahl der zum Haushalt gehörenden Personen

Vorname, Name d. Ehegatten:	Geb.-Datum:
Vorname, Name d. Lebensgefährten:	Geb.-Datum:
Vorname, Name d. Eltern:	Geb.-Datum:
	Geb.-Datum:
Vorname, Name d. Kinder:	Geb.-Datum:
	Geb.-Datum:
	Geb.-Datum:
Vorname, Name anderer Person:	Geb.-Datum:
	Geb.-Datum:

Sparguthaben (Bitte fügen Sie entsprechende Belege in Kopie bei)

Höhe des gesamten Sparguthabens aller im Haushalt lebenden Personen: € _____

Monatliches Nettoeinkommen aller zum Haushalt gehörenden Personen

	Betroffener	Ehegatte / Lebensgefährte	Eltern	Kinder	Andere Personen
Hartz IV / Grundsicherung:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Lohn / Gehalt:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Einkünfte aus selbst. Arbeit:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Arbeitslosengeld I:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Krankengeld:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Rente, Zusatzrente, Pension:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Ausbildungsvergütung:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Kindergeld:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Erziehungs- / Elterngeld:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Unterhaltszahlungen:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Wohngeld:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Pflegegeld / Blindengeld:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Mieteinnahmen:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Einkünfte aus Kapitalvermögen (Zinsen / Dividenden):	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
Sonstiges:	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____

Regelmäßige monatliche Ausgaben

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass Kosten für Therapien, Medikamente oder medizinische Hilfsmittel nicht berücksichtigt werden können.

Mieter		<u>Haftpflichtversicherung:</u>	€
<u>Gesamtmiete:</u>	€	<u>Hausratversicherung:</u>	€
<u>Garage:</u>	€	<u>Rechtsschutzversicherung:</u>	€
Hausbesitzer		<u>Unfallversicherung:</u>	€
<u>Hausbelastung:</u>	€	<u>Lebensversicherung:</u>	€
<u>Grundsteuer:</u>	€	<u>Sterbeversicherung:</u>	€
<u>Wasser:</u>	€	<u>Private Kranken- / Pflegeversicherung:</u>	€
<u>Müll:</u>	€	<u>Riesterversicherung:</u>	€
<u>Schornsteinfeger:</u>	€	<u>KFZ Versicherung:</u>	€
<u>Wartung Heizung:</u>	€	<u>KFZ Steuer:</u>	€
<u>Heizung:</u>	€	<u>ADAC:</u>	€
<u>Wohngebäudeversicherung:</u>	€	<u>Fahrkarte:</u>	€
Sonstiges		<u>Unterhaltszahlungen:</u>	€
<u>Telefon/Rundfunk/Fernsehen/Internet:</u>	€	<u>Kindergarten / Hort (ohne Verpflegung):</u>	€
<u>Bausparvertrag:</u>	€	<u>Haushaltshilfe / Pflegedienst:</u>	€
<u>Strom:</u>	€	<u>Ratenzahlungen:</u>	€

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Betroffenen: _____

Mit der Unterschrift versichert der Betroffene die Richtigkeit der Angaben und dass kein weiteres verfügbares Einkommen vorhanden ist und / oder keine weiteren Einnahmen vorliegen.

Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich ein, dass die Unterlagen/Nachweise für die Antragstellung und die uns freiwillig überlassenen besonders sensiblen personenbezogenen Gesundheitsdaten von der Deutschen Krebshilfe gemäß Art. 6 (1) (a,f) DSGVO zum Zweck der Antragsbearbeitung und –verwaltung durch den Härtefonds der Deutschen Krebshilfe elektronisch erfasst, verarbeitet und ausschließlich zu diesem Zweck genutzt werden. Die Verweigerung der Einwilligung (keine Unterschrift) ist mit keinen Nachteilen verbunden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Betroffenen: _____

Bestätigung einer Behörde oder öffentlichen Institution (z. B. Sozialdienst der Klinik, Diakonie, Krankenkasse o. ä.)

Hiermit werden obige Angaben zu den monatlichen Nettoeinkommen, regelmäßigen monatlichen Ausgaben und Sparguthaben bestätigt.

Titel, Name, Vorname: _____

Dienststempel: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____