



An
CCF Children Cancer Foundation
Altes Waisenhaus
Charlottenplatz 17
70173 Stuttgart

E-Mail: info@childrencancer.de

Posteingang: _____

AZ.: _____
Nur für interne Zwecke

Antrag auf finanzielle Unterstützung durch die CCF Children Cancer Foundation

Den ausgefüllten Antrag bitte unterschrieben per Mail oder Post an die obige Adresse senden.
Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.

Antragsteller/in bitte in Druckbuchstaben

Titel	Vorname	Nachname
Vater ☐	Mutter ☐	
Familienstand:	verheiratet ☐	ledig ☐
	verwitwet ☐	geschieden ☐
		alleinerziehend ☐
Straße, Hausnummer		
PLZ	Wohnort	
E-Mail-Adresse		
Telefonnummer		

Bankverbindung

IBAN-Nr. DE
Name und Ort der Bank

Förderkriterium

- ☐ Lohnersatz
- ☐ Behandlungskosten und Selbstbehalte, die nicht von Krankenkasse übernommen werden
- ☐ Haushaltshilfen, Geschwisterbetreuung
- ☐ Transport-, Verpflegungs- und Unterbringungskosten
- ☐ Familienauszeiten
- ☐ Reha-Aufenthalte und Nachsorge

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Schulden nicht übernommen werden können.

Gewünschte Unterstützung

Gewünschter Unterstützungsbetrag €

einmalig ☐ monatlich ☐

Betroffenes Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐

Befund / Diagnose

Behandelnde Klinik / Ärztin oder Arzt Bitte vollständige Adresse angeben

Ärztlicher Bericht

vorhanden nein ☐ ja ☐ (Bitte aktuellen Bericht dem Antrag beifügen)

Pflegegrad

beantragt ja ☐ nein ☐ anerkannt ☐ abgelehnt ☐ offen ☐

Pflegegrad 1 2 3 4 5

Schwerbehinderung

beantragt ja ☐ nein ☐ anerkannt ☐ abgelehnt ☐ offen ☐

anerkannter Grad der Behinderung

Folgende Personen gehören zum Haushalt:

Anzahl der Personen:

- | | |
|-------------------------------------|--------------|
| 1. Vorname, Name (Antragsteller/in) | Geburtsdatum |
| 2. Vorname, Name | Geburtsdatum |
| 3. Vorname, Name (betroffenes Kind) | Geburtsdatum |
| 4. Vorname, Name (Kind) | Geburtsdatum |
| 5. Vorname, Name (Kind) | Geburtsdatum |
| 6. Vorname, Name (Andere Person) | Geburtsdatum |

Angaben zum monatlichen Einkommen aller Personen im Haushalt

- **Nettoeinkommen** der Personen bitte in den vorgesehenen Spalten in € eintragen
- Zur Prüfung Ihres Antrags benötigen wir für die mit * **gekennzeichneten Einnahmen** entsprechende Belege oder Bescheide in Kopie. Die eingereichten Unterlagen werden nach Abschluss der Prüfung von uns vernichtet.

	1. Antragsteller/in	2. Vater/Mutter	3. Betroffenes Kind	4+5. Weitere Kinder	6. Andere Person
Lohn/Gehalt*					
Grund- sicherung*					
ALG 1*					
Rente/Pension*					
Krankengeld					
Kindergeld, Kinderzuschlag					
Elterngeld					
Unterhalt					
Wohngeld*					
Pflegegeld*					
Mieteinnahmen					
Einkünfte aus Kapital- vermögen					
Bankguthaben					
Sonstiges					
GESAMT					

Angaben zu monatlichen Ausgaben aller Personen im Haushalt

- Bitte tragen Sie die Ausgaben in Euro (€) in die vorgesehenen Spalten ein.
Vierteljährliche, halbjährliche und jährliche Ausgaben sind auf einen Monatsbetrag umzurechnen.
- Bitte belegen Sie die Ausgaben durch entsprechende Dokumente in kopierter Form, diese werden nach Prüfung durch uns vernichtet.
- Bitte nur die Ausgaben die nicht von anderer Stelle, z.B. Krankenkasse, übernommen werden eintragen.

	1. Antragsteller/in	2. Vater/Mutter	3. Betroffenes Kind	4+5. Weitere Kinder	6. Andere Person
Kaltmiete Wohnung/Garage					
Hausbelastung/ Hypothek					
Heizung					
Strom/Gas					
Telefon/Internet					
Rundfunkbeitrag					
Wasser					
Müll					
Haftpflicht- versicherung					
Hausrat- versicherung					
Unfall- versicherung					
Private Kranken- versicherung					
Auto inkl. Steuer und Versicherung					
Fahrtkosten					
Kinderbetreu- ungskosten					
Ratenzahlungen					
Krankheits- bedingte Mehrkosten					
GESAMT					

Einwilligungserklärung zum Antrag auf Unterstützungsleistung

nach Art. 9, 13, 14 DSGVO

Datenverarbeitung

Wir erheben personenbezogene Daten von unterstützungsbedürftigen Eltern, Kindern und Jugendlichen für die Prüfung ihres Unterstützungsantrages und bitten durch Unterzeichnung um ihre Einwilligung.

In unseren Datenverzeichnissen werden hierfür folgende teils sensible Datenkategorien nach Art. 9 aufbewahrt. Die Daten werden direkt bei den Betroffenen erhoben, nicht an Dritte weitergeleitet und zur Erfüllung von gesetzlichen Vorgaben mindestens zehn Jahre gespeichert.

– Persönliche Daten

Von Kindern und Eltern: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Bankverbindung, E-Mail-Adresse, familiäre und finanzielle Hintergründe, Unterstützungsbeitrag.

– Gesundheitsdaten

Von Kindern: Diagnose, Krankheitsbeschreibung, Gesundheitszustand.

– Zusätzliche Angaben

Antragsteller/in, Mittelverwendung, Bemerkungen, Vorstandsentscheid.

Ihre Rechte

Auskunft

Ihnen steht das Recht auf Auskunft über die Daten zu, welche wir von Ihnen speichern.

Berichtigung, Löschung, Einschränkung

Ihnen stehen die Rechte auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung und das Recht auf Datenübertragbarkeit in Bezug auf Ihre von uns gespeicherten Daten zu. Die Löschung Ihrer Daten ist aufgrund der gesetzlichen Speicherfrist von zehn Jahren erst nach Ablauf dieser Frist möglich.

Widerspruch

Ihnen steht auch nach Unterzeichnung dieser Einwilligung das Recht auf Widerspruch zu, ohne dass die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Beschwerde

Ihnen steht das Recht auf Beschwerde über die Datenverarbeitung zu. Kontaktdaten zur Aufsichtsbehörde in Liechtenstein finden Sie im Internet unter: www.dss.llv.li

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Unterschrift zweiter Elternteil (optional)

Mit der Unterschrift versichert der/die Antragsteller/in die Richtig- und Vollständigkeit der Angaben.

Folgende Felder werden von der CCF Children Cancer Foundation eingetragen

Prüfvermerk

Der Antrag auf finanzielle Förderung wurde anhand der geltenden Satzung und Förderrichtlinien geprüft.

Die erforderlichen Unterlagen lagen vor: ja ☐ nein ☐

Es bestehen keine Ausschlussgründe / folgende Ausschlussgründe:

Die Fördervoraussetzungen sind erfüllt: ja ☐ nein ☐

Empfehlung

Bewilligung der finanziellen Förderung in Höhe von €

einmalig ☐ monatlich ☐ wird zugestimmt.

Förderzeitraum: von bis

Geprüft durch:

Datum und Unterschrift: