CHILDREN CANCER FOUNDATION

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 ◯ geschieden ◯
verwitwet ◯ 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, ohne Laborbefunde)

## Pflegegrad

beantragt nein ◯ ja ◯ anerkannt ◯ abgelehnt ◯ offen ◯

Pflegegrad 1 2 3 4 5

## Schwerbehinderung

beantragt nein ◯ ja ◯ 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 |

Bitte geben Sie uns hier einen kurzen Überblick über Ihre aktuelle familiäre und finanzielle Situation:

## 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: _____