

„Wir für Kinder e. V.“

Selbstauskunft für einen Antrag auf einmalige Hilfe

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.
Antrag bitte vollständig ausgefüllt, zusammen mit ärztlicher Bescheinigung über die Krebskrankheit, an:
„Wir für Kinder e. V.“ Viktoriastraße 10 46483 Wesel

Antragstellung erfolgt von:

_____ (nur ausfüllen, wenn der Betroffene den Antrag nicht selbst stellt)

Falls Sie diesen Antrag nicht für sich selbst, sondern als Bevollmächtigter oder Erziehungsberechtigter für einen Betroffenen / für Ihr/e Kind/er ausfüllen, machen Sie zunächst folgende Angaben zu Ihrer Person:

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Telefonnummer _____

in welchem Verhältnis stehen Sie zum Betroffenen
(z. B. Mutter, Vater, Ehegatte, Betreuer usw.) _____

1. Antragstellung erfolgt für den Betroffenen:

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Geb.-Datum _____

Familienstand (Zutreffendes bitte markieren)

ledig verheiratet verwitwet geschieden getrennt lebend

2. Anzahl der zum Haushalt gehörenden Personen: _____

Ehegatte:	Name	Vorname	geb. am
------------------	------	---------	---------

Lebensgefährte:	Name	Vorname	geb. am
------------------------	------	---------	---------

Kinder:	Name	Vorname	geb. am
----------------	------	---------	---------

	Name	Vorname	geb. am
--	------	---------	---------

	Name	Vorname	geb. am
--	------	---------	---------

Andere Personen:	Name	Vorname	geb. am
-------------------------	------	---------	---------

	Name	Vorname	geb. am
--	------	---------	---------

3. Monatliches Nettoeinkommen aller zum Haushalt gehörenden Personen
(zutreffendes unterstreichen)

- | | | | |
|--|--|----------------------|------|
| a) Lohn, Gehalt, Rente, Pension | Betroffener | <input type="text"/> | Euro |
| Einkünfte aus selbst. Arbeit, Ausbildungsbeihilfe,
Kindergeld, Arbeitslosengeld oder – Hilfe,
Hilfe zum Lebensunterhalt (BSHG),
Krankengeld, Unterhaltszahlungen,
Zusatzrenten, Erziehungsgeld | Ehegatte | <input type="text"/> | Euro |
| | Kinder | <input type="text"/> | Euro |
| | andere Personen | <input type="text"/> | Euro |
| b) Mieteinnahmen, Wohngeld,
Einkünfte aus Vermögen, Zinserträge,
Pflegegeld | sonstige Einnahmen
aller Haushalts-
Mitglieder | <input type="text"/> | Euro |

4. Feste monatliche Ausgaben aller zum Haushalt gehörenden Personen

- | | | |
|---|----------------------|------|
| Miete oder Hausbelastung | <input type="text"/> | Euro |
| Heizung | <input type="text"/> | Euro |
| Strom | <input type="text"/> | Euro |
| Telefon/Rundfunk/Fernsehen | <input type="text"/> | Euro |
| Versicherungen (Lebens-, Unfall-, Sterbe- usw.) | <input type="text"/> | Euro |
| KFZ Steuer / KFZ Versicherung | <input type="text"/> | Euro |
| Haushaltshilfe | <input type="text"/> | Euro |
| Unterhaltszahlungen | <input type="text"/> | Euro |
| Ratenzahlungen für: _____ | <input type="text"/> | Euro |

5. Falls der Antrag bewilligt wird, wohin soll der Betrag überwiesen werden

Bankleitzahl	Kontonummer
Name und Ort des Geldinstitutes	

6. Unterschrift

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------

7. Bestätigung des Sozialdienstes der Klinik oder einer anderen Behörde
(z. B. Sozialamt, kirchliche Stellen)

Hiermit werden die vorstehenden Angaben bestätigt.

Ort, Datum:	Unterschrift:	Dienstsiegel:
-------------	---------------	---------------