

# Stiftung zur Unterstützung von hilfsbedürftigen, krebskranken

# Kindern und Jugendlichen

**Angaben zu den Familienfinanzen**

**Beilage zum Unterstützungsversuch**

**Name / Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Monatliche Einnahmen** | **EUR oder CHF (zutreffende Währung bitte unterstreichen)** |
| **Nettoeinkommen Ehemann** Lohn, Gehalt, Rente/Zusatzrente, Pension, Einkünfte aus selbst. Arbeit, IV,  Arbeitslosengeld I oder II, Krankengeld  (Zutreffendes bitte unterstreichen) |  |
| **Nettoeinkommen Ehefrau**  Lohn, Gehalt, Rente/Zusatzrente, Pension, Einkünfte aus selbst. Arbeit, IV,  Arbeitslosengeld I oder II, Krankengeld  (Zutreffendes bitte unterstreichen) |  |
| **Nettoeinkommen anderer im Haushalt lebenden Personen**  Lohn, Gehalt, Rente/Zusatzrente, Pension, Einkünfte aus selbst. Arbeit, IV,  Arbeitslosengeld I oder II, Krankengeld  (Zutreffendes bitte unterstreichen) |  |
| **Kindergeld** |  |
| **Unterhaltszahlungen/Alimente** |  |
| **Elterngeld** |  |
| **Pflegegeld** |  |
| **Hilfe zum Lebensunterhalt** |  |
| **Ausbildungsbeihilfe** |  |
| **Sonstige monatliche Einnahmen**  **z.B. Mieteinnahmen, Wohngeld, Zinsen/Kapitalerträge**  (Zutreffendes bitte unterstreichen) |  |
| **Zusätzliche Leistungen, die nicht aufgeführt sind bitte benennen:** |  |
| **Total Einnahmen:** |  |



# Stiftung zur Unterstützung von hilfsbedürftigen, krebskranken

# Kindern und Jugendlichen

|  |  |
| --- | --- |
| **Vermögen:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Monatliche Ausgaben** | **EUR oder CHF (zutreffende Währung bitte unterstreichen)** |
| **Miete oder Hausbelastung (Tilgung für Wohnung)** |  |
| **Nebenkosten (Heizung, Strom, Grundsteuer)** |
| **Telefon, Rundfunk, Fernsehen,** |  |
| **Versicherungen (Lebens-, Unfallversicherungen, Haftpflicht, Hausrat, Rechtschutz)** |  |
| **Kfz-Steuer/Kfz-Versicherung (auf Monat umgerechnet)** |  |
| **Unterhaltszahlungen (bitte angeben für wen):** |  |
| **Monatliche Ratenzahlungen für Kredit (bitte Laufzeit angeben und für was):** |  |
| **Kindergarten, Hort, Betreuungskosten (ohne Essensgeld)** |  |
| **Andere regelmäßige Zahlungen für Vereinsbeiträge Kinder** |  |
|  |  |
| **Total Ausgaben:** |  |
|  |  |
| **Fehlbetrag/Überschuss:** |  |



# Stiftung zur Unterstützung von hilfsbedürftigen, krebskranken

# Kindern und Jugendlichen

|  |  |
| --- | --- |
| **Krankheitsbedingte Mehrkosten, die nicht von der Krankenkasse oder von anderer Seite übernommen werden:** | **EUR oder CHF (zutreffende Währung bitte unterstreichen)** |
| **Monatliche krankheitsbedingte Fahrtkosten zwischen Wohnort**  **und Klinik (Anzahl km hin und zurück...):** |  |
| **Verpflegung der Eltern in der Klinik oder Kosten für**  **spezielle Ernährung des Kindes zu Hause:** |  |
| **Lohnausfall (bei Bezug von Krankengeld bitte Differenz zum**  **Nettolohn angeben)** |  |
| **Weitere Kosten bitte angeben (z.B. Mundschutz, Desinfektions-**  **Mittel, Spritzen etc.)** |  |
|  |  |
| **Total krankheitsbedingte Mehrkosten:** |  |

**Diese Daten unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben.**

**Ich bestätige hiermit, dass alle gemachten Daten vollständig und korrekt sind und der Wahrheit entsprechen.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Unterschrift Ort und Datum