



## Antrag auf Unterstützungsleistung

### Antragsteller

Name, Vorname	Email
Straße	PLZ/Wohnort
Telefon	Mobil
Bankverbindung (IBAN oder Konto-Nr.) :	
Name der Bank :	BIC oder Bankleitzahl :
Kontoinhaber (falls abweichend):	

Name und Geburtsdatum des Erkrankten \_\_\_\_\_  
*(falls abweichend vom Antragsteller)*

Diagnose, Beschreibung der Krankheit und des jetzigen Krankheitszustandes

---

---

---

### Familiäre und finanzielle Verhältnisse

*(bitte Fragebogen zur finanziellen Situation und Einkommensnachweise der letzten 3 Monate beilegen)*

---

---

---

Begründung der benötigten Unterstützung

---

---

---

Benötigter Unterstützungsbetrag \_\_\_\_\_ €

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit dieser Angaben.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Musik gegen Krebs

## Fragebogen zur finanziellen Situation

Name, Vorname		Telefon/Handy	
Anschrift			
Monatliche Einnahmen	€	Feste monatliche Ausgaben	€
Lohn/Gehalt Antragsteller		Miete oder Hausbelastung	
Lohn/Gehalt Partner/-in		Nebenkosten (Heizung/Strom/Wasser)	
Arbeitslosengeld 1		Telefon/Rundfunkgebühren	
Arbeitslosengeld 2 oder Grundsicherung		Versicherungen	
Rentenzahlungen/Zusatzrente		KFZ-Steuer und KFZ-Versicherung	
Krankengeld		Unterhaltszahlungen	
Pflegegeld		Ratenzahlungen für ...	
Ausbildungsbeihilfen		Fahrtkosten (Benzin oder Fahrkarten)	
Kindergeld		andere regelmäßige Zahlungen	
Unterhaltszahlungen/Alimente		<b>Krankheitsbedingte Mehrkosten</b>	€
Mieteinnahmen		Lohnausfall	
Einkünfte aus Vermögen/Zinserträge		Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen, Besuchsfahrten	
sonstige Einnahmen		sonstige Kosten	
	<b>Summe</b>		<b>Summe</b>