



Antrag auf Unterstützungsleistung

Name, Vorname:

PLZ, Wohnort, Straße:

geb. am:

Telefon:

E-Mail:

Mobil:

Bankverbindung:

IBAN:

BIC:

Name der Bank:

Kontoinhaber:

(falls abweichend vom Antragsteller)

Name und Geburtsdatum des Erkrankten:

(falls abweichend vom Antragsteller)

Diagnose, kurze Beschreibung der Krankheit und des jetzigen Krankheitszustandes:

Kurze Beschreibung Ihrer familiären und finanziellen Situation:

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

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen (als Hauptverdiener Ihrer Familie) so genau wie möglich aus und legen Sie uns zusätzlich Einkommensnachweise der letzten 3 Monate vor.

Ihre Angaben werden nicht an Personen oder Institutionen außerhalb unseres Vereins weiter gegeben.

Name, Vorname

geboren am:

Anschrift:

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