

**Antrag auf finanzielle Unterstützung im Bereich der mildtätigen Einzelfallhilfe**  
 durch den  
**Adventsmenschen e.V., Hauptstraße 29, 53539 Bodenbach**

Bitte beachten Sie, dass eine Förderung in Form einer Einzelfallhilfe durch den Adventsmenschen e.V. nur dann erfolgen kann, wenn

- die betroffene und zu fördernde Person **Schicksalsschläge** gesundheitlicher Natur oder höhere Gewalt, zum Beispiel durch Naturgewalten, einen Hausbrand, einen Unfall oder den Verlust des Hauptversorgers, erlitten hatte und die derzeitige Situation der/des Betroffenen direkt auf diesen Schicksalsschlag zurückzuführen ist.
- die Bedarfsgemeinschaft, in der die betroffene Person lebt, die **wirtschaftliche Hilfebedürftigkeit** (gem. § 53 AO) erfüllt.

**1. Personalien der / des Betroffenen**

Name, Vorname*	Titel	Geschlecht
Straße, Hausnummer*	Postleitzahl, Ort*	
Geb.-Datum*	Staatsangehörigkeit	E-Mail-Adresse*
Telefon*	Mobil	
Familienstand* ( <i>Zutreffendes bitte ankreuzen</i> )		
Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Getrennt lebend <input type="checkbox"/>		
Erlerner Beruf		Zuletzt ausgeübte Tätigkeit

**2. Personalien der / des Antragstellerin / Antragstellers**

(\* sofern nicht mit der / dem Betroffenen identisch)

Name, Vorname*	Titel	Geschlecht
Straße, Hausnummer*	Postleitzahl, Ort*	
Telefon*	Mobil	
E-Mail-Adresse*		
In welchem Verhältnis stehen Sie zu der / dem Betroffenen? z.B. Verwandte(r), Ehepartner, Lebensgefährte, Betreuer, ect* ( <i>Bitte die entsprechenden Belege / Bescheinigungen befügen</i> )		

### 3. Wohnsituation

Der / Des Betroffenen*			
Alleine lebend	<input type="checkbox"/>	In einer Einrichtung des Betreuten Wohnens	<input type="checkbox"/>
Mit der Familie lebend	<input type="checkbox"/>	Soziale Einrichtung ( z.B. Kinderheim, Altenheim, etc.)	<input type="checkbox"/>
In einer Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/>	Kein fester Wohnsitz	<input type="checkbox"/>

**Im (Privat-)Haushalt lebende Personen:**  
*(\*sofern angekreuzt wurde, dass der / die Betroffene mit der Familie oder in einer Wohngemeinschaft lebt)*

Ehe-/Lebenspartnerin:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Eltern:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Kinder / weitere Personen:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

### 4. Finanzielle Situation *(Bitte die entsprechenden Belege / Bescheinigungen beifügen)*

Bitte beachten Sie, dass der Adventsmenschen e.V. nur Bedürftige unterstützt, also Personen mit geringem Einkommen, die auch nicht über Vermögen verfügen, das zur nachhaltigen Verbesserung des Unterhalts geeignet wäre. Bitte weisen Sie deshalb nach, dass Sie die erforderlichen Mittel für die benötigte Unterstützung aufgrund Ihrer wirtschaftlichen Situation nicht aufbringen können.

Legen Sie uns hierzu bitte Ihre finanzielle Situation in Anlage 1 und 2 dar.\*

**Ich erhalte Sozialleistungen bzw. Vergünstigungen, wie z.B. Hilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (Sozialhilfe, Hartz IV), Befreiung von der Rundfunkgebühr, Wohngeld.**

**Art der Sozialleistung / Vergünstigungen:**

*(Bitte die entsprechenden Belege / Bescheinigungen beifügen)*

**Werden Sie durch die Unfallfolgen voraussichtlich bedürftig werden?**

Ja  Nein

**Ich erhalte keine Sozialleistungen bzw. Vergünstigungen und der Fragebogen in Anlage 1 wird meiner Situation nicht gerecht, weil**

*(Raum für ergänzende Anmerkungen zu der Anlage 1 bzw. Begründung, warum die Anlage 1 nicht ausgefüllt wurde)*

**In meinem Fall bestehen noch weitere außergewöhnliche Belastungen:**

*(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ergänzen)*

Ich bin alleinerziehend

Ich pflege Angehörige

Ich befinde mich im  
Verbraucherinsolvenzverfahren  
(private Insolvenz)

Ich habe ein behindertes Kind

Art der Behinderung:

Sonstige Belastungen:

**Liegt eine Unfallversicherung vor?\***

Ja  Nein

**Bei welchen anderen Institutionen, Stiftungen o.ä. Sind Anträge auf Zuwendungen gestellt worden?\***

**Welche Antworten liegen bereits vor?\*** *(Bitte Kopie der Zusage oder Ablehnung beifügen)*

## **5. Beantragte Hilfe und Begründung**

**Welche Unterstützung erbitten Sie vom Adventsmenschen e.V.?\***

*(Bitte beachten Sie, dass der Verein Betroffene grundsätzlich nur mit Sachleistungen und Zuschüssen zu therapeutischen Maßnahmen unterstützt.)*

**Bitte begründen Sie Ihren Antrag und reichen Sie einen Kostenvoranschlag ein.\***

*(Der Verein wird sich direkt mit dem Leistungserbringer in Verbindung setzen und die Rechnung gegebenenfalls direkt begleichen.)*

**6. Schilderung des Schicksalschlages und Beschreibung der durch den Schicksalschlag verursachten Beeinträchtigungen**

**Schilderung des Schicksalschlages:\***

**Welche gesundheitlichen und / oder wirtschaftlichen Einschränkungen bestehen?**

*(Bitte aussagekräftige Unterlagen, in denen die Einschränkungen dokumentiert sind beilegen)*

**Gesundheitliche Beeinträchtigungen** (körperlich – psychisch – geistig/neurologisch) – Art:

**Sind Sie derzeit in Behandlung?**

Ja  Nein

**Falls ja, bei wem?** *(Bitte überlassen Sie uns die Ihnen und Ihrem behandelnden Arzt / Hausarzt vorliegenden Befund-, Krankenhaus- und Rehaberichte.)*

**Wirtschaftliche Beeinträchtigungen** – Art:

**Sind diese Beeinträchtigungen durch entsprechende Versicherungen abgedeckt?**

Ja  Nein

**Falls ja, bei wem und in welchem Umfang?** *(Bitte überlassen Sie uns die entsprechenden Abschriften / Kopien der Policen und die Kontaktdaten der jeweiligen Versicherung.)*

## 7. Sonstiges

Wie sind Sie auf den Adventsmenschen e.V. aufmerksam geworden?

## 8. Erklärung zur Richtigkeit der Angaben, Einwilligung in die Datenverarbeitung und Entbindung von der Schweigepflicht

### Erklärung zur Richtigkeit der Angaben

Mir ist bekannt, dass kein Rechtsanspruch auf Gewährung von Leistungen gegen den Adventsmenschen e.V. besteht. Ich versichere, dass der Antrag nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt wurde. Mir ist bekannt, dass wissentlich unrichtige Angaben oder das Verschweigen wichtiger Tatsachen von Hilfeleistungen des Vereins ausschließen bzw. Regressansprüche zur Folge haben können.

Ich verpflichte mich, auf Aufforderung gegebenenfalls zusätzlich zur Feststellung der Bedürftigkeit erforderliche Auskünfte zu erteilen und notwendige Belege vorzulegen. Soweit nicht Originale vorgelegt werden, besteht kein Anspruch auf Rückgabe.

### Erklärung zum Datenschutz

Der Adventsmenschen e.V. erklärt, dass die Daten ausschließlich für die satzungsgemäßen Zwecke des Vereins verwendet werden. Die im Antragsformular und während der Fallprüfung gemachten Angaben sowie die eingereichten Unterlagen werden vertraulich behandelt und unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz.

### Einwilligung in die Datenverarbeitung

Mit meiner Unterschrift unter diesem Antrag willige ich ein, dass der Adventsmenschen e.V. die von mir mitgeteilten personenbezogenen Daten verarbeitet und ggfs. an entsprechende Empfänger weitergibt, soweit dies insbesondere zur Prüfung und Annahme meines Antrags erforderlich ist.

### Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten

Für die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten willige ich ein, dass der Adventsmenschen e.V. diese Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung des Antrags erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Adventsmenschen e.V. zurück übermittelt werden.

### Entbindung der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Adventsmenschen e.V. zur Beurteilung meines Einzelfallhilfeantrags die Angaben überprüft, die ich für die Beantragung mache oder die sich aus den von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) oder von mir veranlassten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

Zu diesem Zweck und im Hinblick auf meine geschützten Daten nach § 203 StGB entbinde ich hiermit Ärzte, Krankenhäuser und -anstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden, die mich – auch in den letzten 5 Jahren vor Antragsstellung – untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung der Annahme meines Antrags durch den Adventsmenschen e.V. erforderlich ist. Ich

ermächtigt diese Personen / Stellen, dem Adventsmenschen e.V. die erforderlichen Auskünfte, insbesondere zu Behandlungs- und Gesundheitsdaten zu erteilen.

Ich gebe die vorgenannte allgemeine Schweigepflichtentbindung nicht ab. Stattdessen werde ich, sofern verlangt, schriftlich erklären, ob oder inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Stellen im Einzelfall von ihrer Schweigepflicht entbinde.

Die Nichterklärung der Schweigepflichtentbindung hat zur Folge, dass Ihnen gegebenenfalls später Mehraufwand für die Erbringung der erforderlichen Unterlagen entstehen kann und es dadurch zu Verzögerungen bei unserer Prüfung des Antrags kommt.

Bitte beachten Sie, dass bei einem Widerruf die Prüfung Ihres Antrags und eventuelle Leistungserbringungen in der Regel nicht mehr möglich sein werden.

Weitergehende Hinweise dazu, wie wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten und welche Betroffenenrechte Ihnen zustehen, finden Sie in den Datenschutzhinweisen des Adventsmenschen e.V. Diese sind detailliert online unter <https://www.adventsmenschen.de/privacyundimpressum> abrufbar. Alle für die Antragsstellung relevanten Punkte sind zusätzlich in der zusammengefassten Datenschutzerklärung, die nachfolgend diesem Antrag beigelegt ist, aufgeführt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betroffene(-r)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragssteller(-in)  
falls nicht identisch mit Betroffener/m)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**Alle Felder die mit einem \* versehen sind, sind Pflichtfelder.**

## Anlage 1 – Finanzielle Situation\*

Bitte Ihren letzten Einkommensteuerbescheid oder andere geeignete Nachweise/Belege/Bescheinigungen in Kopie beifügen

<b>Einkommen aller Haushaltsangehörigen (monatlich)</b>	in EUR	<b>Ausgaben aller Haushaltsangehörigen (monatlich)</b>	in EUR
Gehalt/Lohn (brutto)		Miete oder Hausbelastung	
Arbeitslosengeld		Energie/Strom	
Hilfe zum Lebensunterhalt (BSHG)		Heizung	
Krankengeld		Versicherungen	
Erziehungsgeld		Fahrgeld	
Kindergeld		Ratenzahlungen	
Rente		Unterhaltszahlungen	
Pflegegeld		Andere Ausgaben <sup>2</sup>	
Leistungen nach dem BaföG		<b>SUMME Ausgaben</b>	
Andere Einnahmen <sup>1</sup>			
<b>SUMME Einkommen</b>			

<sup>1</sup> Erläuterung der anderen Einnahmen, z.B. Versicherungsleistungen, Miteinkünfte, Zinseinkünfte, usw.

<sup>2</sup> Erläuterung der anderen Ausgaben



## Anlage 2 – Vermögen\*

Bitte geeignete Nachweise/Belege/Bescheinigungen in Kopie beifügen

<b>Vermögenswert</b>	<b>in EUR</b>	<b>Schulden/Verbindlichkeiten</b>	<b>in EUR</b>
<b>Grundvermögen</b> (bspw. Immobilienfonds, Immobilien)		<b>auf Grundvermögen</b>	
<b>Betriebsvermögen</b> (bspw. Miteigentümer/Teilhaber einer Firma)		<b>auf Betriebsvermögen</b>	
<b>Kapitalvermögen</b> (bspw. Lebensversicherung, Sparbuch)		<b>auf Kapitalvermögen</b>	
<b>Land- und forstwirtschaftliches Vermögen</b>		<b>auf Land- und forstwirtschaftliches Vermögen</b>	
<b>Sonstiges Vermögen</b> (bspw. Kfz, Motorrad, Schmuck, Kunstgegenstände, Antiquitäten)		<b>Sonstige Schulden/Verbindlichkeiten</b>	
<b>SUMME Vermögenswerte</b>		<b>SUMME Schulden/Verbindlichkeiten</b>	