

Familienbogen

(bitte vollständig ausfüllen und zurücksenden)

Name, Vorname des erkrankten Kindes :		Geburtsdatum:
Name, Vorname der Mutter :		Name, Vorname des Vaters :
Beruf der Mutter :		Beruf des Vaters :
Geburtsdatum Mutter :		Geburtsdatum Vater :
Vorname des Geschwisterkindes :		Geburtsdatum des Geschwisterkindes :
Vorname des Geschwisterkindes :		Geburtsdatum des Geschwisterkindes :
Vorname des Geschwisterkindes :		Geburtsdatum des Geschwisterkindes :
weitere im Haushalt lebende Personen: Name, Vorname, Verwandtschaftsgrad:		
weitere im Haushalt lebende Personen: Name, Vorname, Verwandtschaftsgrad:		
Anschrift:		Telefon: Handy (Mutter): Handy (Vater): Fax: E-Mail:
Art der Erkrankung:		
Evtl. Beschreibung / Auswirkungen:		
Behandelnde Klinik, Ort, Klinik-Tel.:		
Therapiebeginn:		Voraussichtliches Ende der Therapie:
Datum, Unterschrift:		Pate (von der Vorstandschaft auszufüllen):

Erklärung
über die wirtschaftlichen Verhältnisse im Rahmen eines Antrags auf Unterstützung
 (bitte vollständig ausfüllen und zurücksenden)

Familie:	Adresse:
----------	----------

Bankverbindung	
Kontoinhaber:	
Kreditinstitut:	
Bankleitzahl:	Kontonummer:
IBAN:	BIC:

Hat sich seit der Erkrankung Ihres Kindes etwas Wesentliches an Ihren Einkommensverhältnissen geändert?

wurden bereits Hilfen von anderen Institutionen in Anspruch genommen?	Stiftungen Institutionen Wohlfahrtsverbände	Zu- / Absagen	erhalten am	Betragt in €
weitere Anträge auf Unterstützung wurden gestellt bei:				

Bitte legen Sie den Unterlagen einen aktuellen Einkommenssteuerbescheid bei da sonst keine Bearbeitung möglich ist.