



## Einzelfallhilfe - Antrag auf einmalige finanzielle Unterstützung

Der Antrag soll von einem der Antragsteller\*in zugeordneten amtlichen Person bestätigt werden, z. B. Arzt, Betreuer, Soziale Einrichtung.

Ansprechpartner/  
Arzt, Betreuer, Soziale Einrichtung \_\_\_\_\_  
Telefon, Emailadresse

### Persönliche Daten des Klienten

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

SGBII/XII – Bezug  ja  nein

Andere Bezüge \_\_\_\_\_

### Familien-/Haushaltsangehörige

Name/Vorname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Verwandtschaftsverhältnis

Einnahmen-/Ausgabenrechnung

<b>Monatliche <u>Einnahmen</u></b>	<b>Antragsteller EURO</b>	<b>(Ehe-)Partner EURO</b>	<b>Fam.- Haushalts- angeh. in EURO</b>
Gehalt/ Lohn netto			
Rente			
Arbeitslosengeld			
Krankengeld			
Unterhalt/ Unterhaltsvorschuss			
Kindergeld			
Pflege-/ Erziehungsgeld			
Wohngeld/ Lastenzuschuss			
Sonstige Einkünfte			
Gesamt Einnahmen:			

<b>Monatliche Ausgaben</b>	<b>Antragsteller EURO</b>	<b>(Ehe-)Partner EURO</b>	<b>Fam.- Haushalts- angeh. in EURO</b>
Miete kalt			
Nebenkosten/Strom			
Telefon			

Fahrtkosten			
Kfz-Kosten			
Versicherungen / Mitgliedsbeträge			
Ratenzahlungen			
Sonstige Ausgaben			
<b>Gesamt Ausgaben:</b>			

Es verbleiben monatlich: \_\_\_\_\_

Beantragter Bedarf und Stellungnahme

( ) Kurze Beschreibung der persönlichen und wirtschaftlichen Situation siehe Begleitschreiben mit Sozialbericht

Verwendungszweck  
der Unterstützung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antragshöhe \_\_\_\_\_

Belege für voraussichtliche Kosten \_\_\_\_\_

Weitere Anträge auf Unterstützung für die selbe Notlage wurden gestellt bei:

Stiftungen / Institutionen	Zu-/ Absagen	Erhalten am	Betrag in EURO

Bankverbindung

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Anschrift Kontoinhaber \_\_\_\_\_

IBAN DE \_\_\_\_\_

BIC/SWIFT \_\_\_\_\_

**Unabhängig von der Länge der Durchführung der Maßnahme ist jeweils nach Beendigung oder am Ende jeden Jahres in einem Sachbericht über Verwendung oder Fortschritte an die Stiftung zu berichten.**

Erklärung zur Richtigkeit der Angaben

Mir ist bekannt, dass kein Rechtsanspruch auf Gewährung von Leistungen gegen die Anni Gruber Stiftung 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 den Ausschluss von Hilfeleistungen der Anni Gruber Stiftung bzw. Regressansprüche zur Folge haben können. Ich verpflichte mich, die notwendigen Belege oder Auskünfte zur Feststellung der Bedürftigkeit vorzulegen. Soweit nicht Originale vorgelegt werden, besteht kein Anspruch auf Rückgabe.

Erklärung zum Datenschutz

Die Anni Gruber Stiftung erklärt, dass die Daten ausschließlich für die satzungsgemäßen Zwecke der Stiftung 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 die Anni Gruber Stiftung die von mir mitgeteilten personenbezogenen Daten verarbeitet und ggf. an entsprechende Empfänger weitergibt, soweit dies zur Prüfung und Annahme meines Antrags erforderlich ist. Weitergehende Hinweise, wie wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten und welche Betroffenenrechte Ihnen zustehen, finden Sie in der Datenschutzhinweise auf der Webseite der Anni Gruber Stiftung, [www.anni-gruber-stiftung.de/datenschutz](http://www.anni-gruber-stiftung.de/datenschutz).

\_\_\_\_\_  
Stempel der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift soz. Stelle/Betreuer

\_\_\_\_\_  
Klient

Folgende Anlagen liegen dem Antrag bei:

- Begleitschreiben mit Sozialbericht
- Betreuerausweis
- Lohn-/Gehaltsbescheinigung
- Bescheid des Sozialamts
- Krankengeldbescheid
- Rentenbescheid
- Kostenvoranschlag
- Sonstiges