

# „Golfen mit Herz“

## Verein zur Unterstützung von hilfsbedürftigen krebskranken Kindern und Jugendlichen

### Antrag auf Unterstützungsleistung

**Erstansuchen / Golfen mit Herz**

**Folgeansuchen / Golfen mit Herz**

#### **Antragsteller:**

Steirische Kinder-Krebs-Hilfe

8010 Graz, Theodor-Körner-Straße 39/1

Tel. 0316/ 30 21 42, FAX 0316/30 46 07

e-mail: [office@steirische-kinderkrebshilfe.at](mailto:office@steirische-kinderkrebshilfe.at)

#### **Angaben zum Unterstützungsempfänger (Patientin/Patient)**

Vorname d. Kindes: \_\_\_\_\_

Nachname (anonymisiert): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum d. Kindes: \_\_\_\_\_

Wohnbezirk: \_\_\_\_\_

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

Gesamt-**Netto**einkommen : \_\_\_\_\_ Euro

Anzahl der Geschwister: \_\_\_\_\_

#### **Angaben zu den Geschwisterkindern**

Geburtsdatum	Geschlecht m/w	Tätigkeit

**Familiäre und finanzielle Verhältnisse  
sowie Begründung der benötigten Unterstützung**

zB: Familienstand, Wohn-/Arbeitssituation, evtl. Familienhospizkarenz, Betreuung der Geschwisterkinder während der Erkrankung, Kreditzahlungen für Wohnraumschaffung, Miete, mehr anfallende Kosten für Medikamente und Desinfektionsmittel, erhöhte Benzinkosten durch vermehrte Fahrten ins Krankenhaus, etc.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Von Klinik, behandelte/r Ärztin / Arzt auszufüllen:**

Wir bestätigen, dass sich oben genannter Patient seit \_\_\_\_\_ aufgrund der  
Diagnose \_\_\_\_\_ an unserer Abteilung in Behandlung befindet.

**Therapie, derzeitiger Allgemeinzustand:**

---

---

---

.....  
Datum

.....  
Stempel Klinik/Unterschrift Ärztin/Arzt

**Die Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.**