

„Golfen mit Herz“

Verein zur Unterstützung von hilfsbedürftigen krebskranken Kindern und Jugendlichen

Antrag auf Unterstützungsleistung

Erstansuchen

Folgeansuchen

Antragsteller

Steirische Kinder-Krebs-Hilfe

8010 Graz, Wickenburggasse 32

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

e-mail: office@steirische-kinderkrebshilfe.at

Angaben zum Unterstützungsempfänger (Kind)

Name (anonymisiert): _____

Geboren: _____

Wohnbezirk: _____

Beruf der Mutter: _____

Beruf des Vaters: _____

Haushaltsnettoeinkommen: _____ Euro

Anzahl der Geschwister: _____

Angaben zu den Geschwisterkindern

Geburtsdatum/Geschlecht	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.

Diagnose, Therapie, derzeitiger Allgemeinzustand

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

Datum

Unterschrift Abteilungsleiter

Die Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz.