



Förderungsantrag

Füllen Sie bitte den Förderungsantrag vollständig aus und senden Sie diesen mit sämtlichen Unterlagen und Nachweisen an die Stiftung Gesundheitsfürsorge (Adresse siehe unten). Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

1. Angaben zur Person / Familie

	Antragsteller	(Ehe-) Partner
Nachname (ggf. Geburtsname)		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße		
PLZ Ort		
Telefon Fax eMail-Adresse		
Familienstand		
Staatsangehörigkeit		
Kind (er) 1. Name, Vorname Geburtsdatum 2. Name, Vorname Geburtsdatum 3. Name, Vorname Geburtsdatum		
Ausbildung		
Ausgeübter Beruf		
Vorhandene Vermögenswerte		
Mögliche Eigenmittel		
Bankverbindung Kontoinhaber (falls von Antragsteller abweichend) IBAN		



2. Angaben zum Förderungszweck und zur persönlichen Situation

<p>Näherer Angaben zum Förderungszweck und Schilderung Ihrer persönlichen Situation</p> <p>(ggf. gesondertes Blatt verwenden)</p>	
---	--

3. Angaben der gesundheitlichen Beeinträchtigungen / Krankheiten / Behinderungen (bitte Nachweise beifügen)

--



4. Monatliche Einnahmen und Ausgaben (bitte Nachweise beifügen)

Monatliche Einnahmen	Antragsteller (Beträge in EUR)	(Ehe-) Partner (Beträge in EUR)	Kind (er) (Beträge in EUR)
Gehalt/Lohn/Einnahme aus selbständiger Tätigkeit (brutto/netto)			
Rente			
Arbeitslosengeld I/II			
Sozialhilfe			
Krankengeld			
Wohngeld			
Mieteinnahmen			
Unterhalt			
Unterhaltsvorschuss			
Kindergeld			
Erziehungsgeld			
Elterngeld			
Pflegegeld			
Kapitalerträge			
Sonstige Einkünfte			
Summe			
Gesamtsumme der Einnahmen (Antragsteller + (Ehe-) Partner + Kind (er))			

Monatliche Ausgaben	(Beträge in EUR)
Miete	
Heizung und Nebenkosten	
Strom	
Wasser / Abwasser	
Versicherungen	
Kreditrückzahlungen (Einzelaufstellung siehe Ziffer 5)	
Unterhaltszahlungen	
Aufwendungen für ambulante Pflegedienste	
Sonstige Ausgaben	
Gesamtsumme der Ausgaben	

Gesamtsumme der Einnahmen	
abzüglich Gesamtsumme der Ausgaben	
Zum Lebensunterhalt verbleiben monatlich	



5. Schuldenaufstellung (bitte Nachweise beifügen)

a) bestehende Darlehensverbindlichkeiten

Gläubiger Kreditinstitut	Seit wann besteht Darlehen	Ursprüngliche Darlehenssumme in EUR	Aktueller Darlehenstand in EUR	Monatliche Rate in EUR
Gesamtsumme				

b) geplante Darlehensaufnahmen

Gläubiger Kreditinstitut	Darlehenssumme in EUR	Ab wann	Monatliche Rate in EUR
Gesamtsumme			



6. Angaben zu Anträgen bei anderen Sozialleistungsträgern, Stiftungen oder sonstigen Institutionen (bitte Nachweise beifügen)

	Sozialleistungsträger Stiftungen/Institutionen	Zu-/Absagen	Erhalten am	Betrag in EUR
Weitere Anträge auf Unterstützung wurden gestellt bei: (ggf. gesondertes Blatt verwenden)		<input type="checkbox"/> Zusage <input type="checkbox"/> Absage		
		<input type="checkbox"/> Zusage <input type="checkbox"/> Absage		
		<input type="checkbox"/> Zusage <input type="checkbox"/> Absage		
		<input type="checkbox"/> Zusage <input type="checkbox"/> Absage		

7. Finanzierungsplan

Wie soll die Maßnahme, für die Förderung beantragt wird, finanziert werden und welche Finanzierungslücke besteht (ggf. gesondertes Blatt verwenden)	
--	--



8. Erklärung / Mitwirkung

Die vorgenannten Angaben erfolgen nach bestem Wissen und Gewissen. Ich versichere hiermit, dass alle Angaben in dem Antrag vollständig und richtig sind. Falsche Angaben oder bewusstes Weglassen wichtiger Tatbestände können die Rückforderung bereits bewilligter Mittel sowie eine Strafverfolgung nach sich ziehen. Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Daten elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Die Einwilligung zur Datenverarbeitung erfolgt freiwillig. Sie haben das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen. Da für den o.g. Zweck die Erhebung und Verarbeitung der Daten erforderlich ist, können die entsprechenden Leistungen in der Folge in diesem Fall nicht in Anspruch genommen werden.

Einwilligungserklärung gemäß Art. 6 Abs.1 S. 1 lit. a DSGVO

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Stiftung Gesundheitsfürsorge in Rheinland-Pfalz für die Durchführung des Antragsverfahrens unter anderem meine persönlichen Daten erhebt und verarbeitet, diese Daten sowohl selbst zur Bearbeitung des Antrags verwendet und bewertet, als auch den am Antragsprozess beteiligten stiftungsinternen Personen dafür zur Verfügung stellt.

Mir ist bekannt, dass die Erteilung meines Einverständnisses absolut freiwillig ist, ich das erteilte Einverständnis jederzeit widerrufen und das Löschen meiner Daten verlangen kann.

Ich habe das Informationsblatt zum Datenschutz und damit die Hinweise zur Datenerhebung und Datenverarbeitung gelesen und zur Kenntnis genommen. Das Informationsblatt zum Datenschutz finden Sie auf unserer Internetseite (www.stiftung-gesundheitsfuersorge.de) unter der Rubrik Downloads. Gern senden wir Ihnen das Informationsblatt zum Datenschutz per Post zu. Mir sind die Rechte auf Auskunft, Berechtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch sowie mein Beschwerderecht bekannt.

Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte an die Stiftung Gesundheitsfürsorge in Rheinland-Pfalz (Adresse siehe unten).

Ort, Datum	
Unterschrift(en) Antragsteller
(Ehe-) Partner