



Familienbogen

(bitte vollständig ausfüllen und zurücksenden)

Name, Vorname des erkrankten Kindes:		Geburtsdatum:	
Name, Vorname der Mutter:		Beruf der Mutter:	
Name, Vorname des Vaters:		Beruf des Vaters:	
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	Beträgt in €
weitere Anträge auf Unterstützung wurden gestellt bei:				

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