

## Antrag auf einmalige Unterstützung für Darmkrebspatienten

### Antragskriterien

Um Anträge auf finanzielle Zuwendungen schnell bearbeiten zu können, benötigen wir eine Reihe von Angaben und Nachweisen (siehe Seite 2). Da die Mittel der *patientenhilfe darmkrebs* aus Spendengeldern finanziert werden und nicht unerschöpflich sind, bitten wir um Verständnis dafür, wenn es uns vielleicht nicht möglich ist, alle eingehenden Anträge zu berücksichtigen. Zudem kann es zu einer längeren Bearbeitungszeit (bis zu acht Wochen) kommen. Die Anzahl und Höhe der gewährten finanziellen Zuwendungen richten sich nach der Höhe der zur Verfügung stehenden Spendengelder.

**Ein Rechtsanspruch der Antragsteller auf finanzielle Zuwendung gegen die *patientenhilfe darmkrebs* (Felix Burda Stiftung) besteht ausdrücklich nicht. Zudem besteht auch kein Rechtsanspruch auf weitere, zukünftige finanzielle Zuwendungen. Wir behalten uns den Widerruf der finanziellen Zuwendung für die Zukunft ausdrücklich vor.**

### Angaben zu Einkommen und Erkrankung

Auch wenn wir versuchen, über Anträge auf finanzielle Zuwendung schnell und unbürokratisch zu entscheiden, müssen wir bestimmte Regularien einhalten. Wir möchten Sie bitten, uns folgende Angaben und Nachweise einzureichen, ohne die über einen Antrag nicht entschieden werden kann:

- 1.) **Ärztliches Attest mit Datum der Erstdiagnose** über Ihre Krebserkrankung. Es kann ausdrücklich nur eine bestehende **Darmkrebs-Erkrankung** berücksichtigt werden.
- 2.) **Selbstauskunft über die familiären und wirtschaftlichen Verhältnisse**. Dazu gehören:
  - Kurze Schilderung der Lebenssituation und Darstellung des aktuellen Förderbedarfs.
  - Angaben zur Person und zum Familienstand des Antragstellers, Anzahl der zum Haushalt gehörenden Personen, Familienstand etc. Zusätzliche Angaben sind erforderlich, wenn der Antrag für ein erkranktes Familienmitglied gestellt wird.
  - Angaben zum monatlichen Familien-Nettoeinkommen (Bitte **Belege** wie beispielsweise Rentenbescheid, Lohnabrechnung, Kontoauszüge, etc. beifügen).
  - Angaben zu den festen monatlichen Ausgaben (Bitte ebenfalls **Belege** beifügen).

Bitte verwenden Sie für die Selbstauskunft den anhängenden Fragebogen und reichen Sie diesen zusammen mit Ihren Unterlagen ein, aus denen Ihr monatliches Familieneinkommen ersichtlich ist.

**Alle der *patientenhilfe darmkrebs* (Felix Burda Stiftung) gegebenen Auskünfte und Unterlagen werden selbstverständlich vertraulich behandelt.**

## Selbstauskunft für den Antrag auf einmalige Unterstützung durch die *patientenhilfe darmkrebs*

Den Antrag bitte vollständig ausgefüllt, zusammen mit den **erforderlichen Unterlagen** einsenden an:  
**patientenhilfe darmkrebs – Felix Burda Stiftung – Arabellastraße 27 – 81925 München**

### 1. Ich stelle einen Antrag auf finanzielle Zuwendung als PatientIn

Bei mir wurde Darmkrebs diagnostiziert (siehe Ärztliches Attest).  Ja  Nein

Falls Sie die Frage mit „Nein“ beantwortet haben, können wir den Antrag nicht weiter berücksichtigen.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr., E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Familienstand (Zutreffendes bitte unterstreichen): ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden, getrennt lebend

---

### 2. Ich stelle einen Antrag auf finanzielle Zuwendung als Bevollmächtigte/r eines/r PatientIn

(nur ausfüllen, wenn Betroffene/r den Antrag nicht selbst stellt)

Bei dem Patienten wurde Darmkrebs diagnostiziert (siehe Ärztliches Attest).  Ja  Nein

Falls Sie die Frage mit „Nein“ beantwortet haben, können wir den Antrag nicht weiter berücksichtigen.

Name, Vorname des Antragstellers \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr., E-Mail \_\_\_\_\_

In welchem Verhältnis stehen Sie zu dem/der Betroffenen \_\_\_\_\_  
(z. B. Vater, Mutter, Ehegatte, Betreuer, o. ä.)

**3. Anzahl der zum Haushalt gehörenden Personen:** \_\_\_\_\_

Ehepartner: in Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Lebenspartner: in Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum \_\_\_\_\_

Kind/er und Anzahl \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_  
Andere:

**4. Monatliches Nettoeinkommen** (aller zum Haushalt gehörenden Personen)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| a) z. B. Lohn, Gehalt, Rente, Pension,<br>Einkünfte aus selbst. Arbeit,<br>Ausbildungsbeihilfe, Kindergeld,<br>Arbeitslosengeld oder -hilfe,<br>Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB),<br>Krankengeld, Unterhaltszahlungen,<br>Zusatzrenten, Erziehungsgeld, | Betroffene/r<br>Ehegatte/Eltern<br>Kinder<br>andere Personen | € _____<br>€ _____<br>€ _____<br>€ _____ |
| b) z.B. Mieteinnahmen, Wohngeld,<br>Einkünfte aus Vermögen,<br>Zinserträge, Pflegegeld   | sonstige Einnahmen<br>aller Haushaltsmitglieder              | € _____                                  |

**5. Regelmäßige monatliche Ausgaben**

- |   |         |
|---|---------|
| Miete oder Hausbelastung                                    | € _____ |
| Heizung   | € _____ |
| Strom   | € _____ |
| Telefon/Rundfunk/Fernsehen                                  | € _____ |
| Versicherungen (Kranken-, Lebens-, Unfallversicherung etc.) | € _____ |
| KFZ-Steuer/KFZ-Versicherung                                 | € _____ |
| Haushaltshilfe  | € _____ |
| Unterhaltszahlungen   | € _____ |
| Ratenzahlungen  | € _____ |

**Zur Verfügung stehender monatlicher Nettobetrag nach Abzug aller Fixkosten** € \_\_\_\_\_

## 6. Bankverbindung

Im Falle einer Bewilligung des Antrags soll der Betrag auf folgendes Konto überwiesen werden:

Name des Geldinstituts: \_\_\_\_\_

Swiftcode / BIC: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

Bei unrichtigen Angaben behält sich die patientenhilfe darmkrebs (Felix Burda Stiftung) das Recht vor, bereits geleistete finanzielle Zuwendungen zurückzufordern. Mögliche Ansprüche auf Ersatz eines entstandenen Schadens bleiben hiervon unberührt.

Bitte teilen Sie uns umgehend alle Änderungen der zuvor erbetenen Angaben mit!

---

## 7. Antragstellung

**Bitte fügen Sie dem Antrag ein kurzes Begleitschreiben bei, in welchem Sie Ihre aktuelle Lebenssituation schildern und auch Ihren Förderbedarf nennen.**

---

## 8. Bestätigung einer sozialen, karitativen, pflegerischen oder öffentlichen Institution oder Behörde (z.B. Krebsberatungsstellen, Klinischen Sozialdiensten, Diakonie, Krankenkassen, etc.)

### Tipp zur Antragsstellung:

**Anträge und Unterlagen, die vorab von Krebsberatungsstellen oder Klinischen Sozialdiensten geprüft (beglaubigt) wurden, werden in der Regel schneller bearbeitet.**

**Bei einem so vorab beglaubigten Antrag müssen Sie nur noch ein ärztliches Attest beifügen!**

### **Bei Einreichung durch die Beratungsstelle:**

**Bitte kurzen Sozialbericht beifügen und Förderbedarf benennen!**

Hiermit werden obige Angaben zu den monatlichen Netto-Einkommen, regelmäßigen monatlichen Ausgaben und das monatliche Nettoeinkommen als uns gegenüber glaubhaft gemacht bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Dienststempel **Beratungsstelle**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Beratungsstelle**

## Einwilligungserklärung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen, insbesondere meiner Gesundheitsdaten im Rahmen meines Antrags auf Einmalunterstützung

Im Rahmen der Prüfung Ihres Unterstützungsantrages verarbeiten wir Ihre, teils sehr sensiblen personenbezogenen (Gesundheits-)Daten. Nach den Vorgaben des Datenschutzrechts ist diese Verarbeitung ausschließlich auf Grundlage Ihrer ausdrücklichen Einwilligung zulässig. Um Ihren Unterstützungsantrag bearbeiten zu können, bitten wir Sie daher um die Abgabe der nachfolgenden Erklärung:

### 1. Umfang meiner Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die meinerseits im Rahmen des Unterstützungsantrags samt Anlagen bereitgestellten personenbezogenen Daten durch die patientenhilfe darmkrebs | FELIX BURDA STIFTUNG (im Folgenden „patientenhilfe darmkrebs“) verarbeitet werden. Die Verarbeitung erfolgt zum Zweck der Antragsprüfung, zur Dokumentation der Antragsbearbeitung sowie im Falle der Antragsbewilligung zum Zweck der Auszahlung des Förderbetrages. Meine Einwilligung umfasst ausdrücklich auch die Verarbeitung der meinerseits bereitgestellten Gesundheitsdaten im Sinne des Art. 9 Abs. 1 beziehungsweise Art. 4 Nr. 15 Datenschutzgrundverordnung („DSGVO“).

### 2. Freiwilligkeit sowie Möglichkeit zum Widerruf der Einwilligung

Die Erklärung meiner Einwilligung erfolgt freiwillig. Ich kann sie ohne Angabe von Gründen verweigern, ohne dass ich deswegen Nachteile zu befürchten hätte. Mir ist bewusst, dass die Verweigerung meiner Einwilligung zur Folge hat, dass die patientenhilfe darmkrebs meinen Antrag auf Einmalunterstützung nicht bearbeiten kann, im Übrigen aber keine Auswirkungen hat.

Meine vorstehende Einwilligung gilt so lange, bis ich sie widerrufe. Diesen Widerruf kann ich zu jedem späteren Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen telefonisch, schriftlich oder per E-Mail erklären (beispielsweise an [felix-burda-stiftung@datenschutzanfrage.de](mailto:felix-burda-stiftung@datenschutzanfrage.de)). Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände für die Datenverarbeitung bleiben von einem Widerruf unberührt, da meine Einwilligung derartige Verarbeitungen nicht umfasst. Wir verstehen Ihren Widerruf zugleich als Rücknahme des vorliegenden Antrags.

### 3. Ergänzende datenschutzrechtliche Informationen, Art. 12 ff. DSGVO

Verantwortliche und Kontakt (auch zum Datenschutzbeauftragten): FELIX BURDA STIFTUNG, Arabellastraße 27, 81925 München, treuhänderisch verwaltet durch die HUBERT BURDA STIFTUNG, Hauptstraße 130, 77652 Offenburg. Ihre personenbezogenen Daten werden auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. a i. V. m. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO zum Zweck der Antragsprüfung, zur Dokumentation sowie gegebenenfalls zur Auszahlung des Förderbeitrages verarbeitet. Im Zuwendungsfall erfolgt die Auszahlung sowie die damit verbundene Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ergänzend auf der Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO sowie Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i. V. m. den einschlägigen handels- und steuerrechtlichen Vorschriften zum Umgang und zur Aufbewahrung etwaiger Unterlagen im Zusammenhang mit der Antragsprüfung und gegebenenfalls Auszahlung. Sofern ein Unterstützungsantrag abgelehnt wird, werden Ihre personenbezogenen Daten zu Nachweiszwecken drei Jahre aufbewahrt. Im Falle einer Unterstützungsleistung beträgt die Aufbewahrungsfrist 10 Jahre.

Es besteht das Recht auf Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Ferner besteht das Recht zur Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde. Weitere Informationen können in der allgemeinen Datenschutzerklärung der Verantwortlichen eingesehen werden: [www.felix-burda-stiftung.de/datenschutz](http://www.felix-burda-stiftung.de/datenschutz)

---

Ort, Datum

---

Name (in Druckbuchstaben)

---

Unterschrift **Antragsteller: in / Bevollmächtigte / r**