

aktion luftsprung
Stiftung für chronisch schwerstkranke Kinder und Jugendliche
Am Kasernbach 19
D-65719 Hofheim

info@aktion-luftsprung.de

Datum: _____

Antrag auf Unterstützungsleistung

(*: Pflichtangabe)

Der Antragsteller:*

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Der Cf-Patient:*

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Beziehung des Antragstellers zum Cf-Patienten: (z.B. Mutter, Vater, Vormund, Pfleger, etc.)

Konkrete Situation der Familie des Cf-Patienten:*

Der behandelnde Arzt des Cf-Patienten:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Der Antragsteller ermächtigt die Stiftung, bei dem behandelnden Arzt ergänzende Auskünfte über den Cf-Patienten einzuholen.

Der behandelnde Physiotherapeut des Cf-Patienten:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Der Antragsteller ermächtigt die Stiftung, bei dem behandelnden Physiotherapeuten ergänzende Auskünfte über den Cf-Patienten einzuholen.

Welche Leistungen werden beantragt?* (bitte so konkret wie möglich;

Beispiel: Anschaffung eines Trampolins zur Verbesserung der physischen Konstitution.
Bellicon Classic 100cm, Seilring- Stärke: mittel, Schraubbeine, Preis gemäß Hersteller:
378,00 €)

Begründung* (ausführlich, Bedeutung der Leistung für den Betroffenen bzw. seine Familie hinsichtlich der Verbesserung der Lebenssituation, insb. bzgl. des psychosozialen Umfelds):

Welche Kosten entstehen durch die beantragte Leistung?*

Soweit bei Antragstellung vorhanden, Vorlage einer Rechnung, um deren Begleichung gebeten wird. Wenn eine Rechnung noch nicht vorliegen sollte, sollte ein entsprechendes Angebot bzw. Kostenschätzung vorgelegt werden.

Wurden die Leistungen bereits bei anderen Stellen beantragt?*

Ja Nein

Wenn ja, bei welchen anderen Stellen wurde die Unterstützung beantragt und mit welcher Begründung wurde sie abgelehnt? (Bitte ggf. Kopien der Korrespondenz mit den anderen Stellen beifügen!)

Finanzielle Situation / monatliche Einkünfte der Familie des Cf-Patienten* (ausführlich, z.B. Einnahmen- / Ausgabendarlegung)

Begründung, warum die beantragten Leistungen nicht von den monatlichen Einkünften der Familie des Cf-Patienten finanziert werden können (ausführlich)

Hinweis zum Datenschutz:

Die Stiftung ist berechtigt, alle mit dem formellen Antrag und den dazugehörigen Unterlagen erhobenen personen- und sachbezogenen Daten zum Zweck der Bearbeitung und Auswertung elektronisch zu verarbeiten. Sie ist befugt, die Daten an Mitarbeiter der aktion luftsprung, die an der Prüfung, Umsetzung oder Kontrolle des Vorhabens beteiligt sind, zur Kenntnis und Bearbeitung weiterzugeben.

Die Stiftung ist ferner berechtigt, die Daten in angemessener Weise für Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit zu nutzen. Personenbezogene Daten dürfen zu diesem Zweck jedoch nur verwendet werden, wenn die entsprechende Person dem zuvor ausdrücklich zugestimmt hat.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Bitte unbedingt beifügen:

- Bescheinigung des behandelnden Arztes und/oder des Physiotherapeuten über die Erkrankung des Cf-Patienten
- Beigefügte Erklärung des Antragstellers

ERKLÄRUNG

Der Unterzeichner/die Unterzeichnerin erklärt gegenüber Stiftung Aktion Luftsprung folgendes:

- a) Die in dem heutigen Antrag auf Unterstützungsleistung gemachten Angaben sind zutreffend und vollständig.
- b) Für die beantragten Leistungen haben wir bei anderen Personen, staatlichen Stellen, Krankenkassen etc., keine Zuwendung beantragt und wurde uns keine Leistung zugewendet oder in Aussicht gestellt.
- c) Der Antragsteller versichert, Leistungen der Stiftung, die an den Antragsteller ausgerichtet werden, ausschließlich im Sinne des heutigen Antrags zum Wohle des Cf-Patienten zu verwenden.
- d) Der Antragsteller stimmt den Vorgaben der Vergaberichtlinien der aktion luftsprung, die auf der Homepage der Stiftung veröffentlicht sind, zu.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers