

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 Patient, der an einer systemisch-chronischen Erkrankung leidet (im Folgenden „Patient<sup>1</sup>):\*

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Konkrete Situation der Familie des Patienten:\*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Nur auszufüllen, wenn (i) Patient und Antragsteller personenverschieden ist und (ii) der Patient durch den Antragsteller gesetzlich vertreten wird.

---

---

---

**Der behandelnde Arzt des Patienten:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

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

**Der behandelnde Physiotherapeut des Patienten:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Der Antragsteller ermächtigt die Stiftung, bei dem behandelnden Physiotherapeuten ergänzende Auskünfte über den 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 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)**

---

---

---

---

---

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

**\*Bitte unbedingt beifügen:**

- Bescheinigung des behandelnden Arztes und/oder des Physiotherapeuten über die Erkrankung des 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, sofern nicht anders auf S. 3 des Antragsbogens angegeben.
- c) Der Antragsteller versichert, Leistungen der Stiftung, die an den Antragsteller ausgerichtet werden, ausschließlich im Sinne des heutigen Antrags zum Wohle des Patienten zu verwenden.
- d) Der Antragsteller stimmt den Vorgaben der Vergaberichtlinien der aktion luftsprung, die auf der Homepage der Stiftung veröffentlicht sind, zu.
- e) Der Antragsteller erkennt die Einwilligungserklärung zum Datenschutz an (siehe separates Dokument).

---

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers