

Zielsetzung

Wir helfen organtransplantierten Kindern, Kindern, die auf eine Organtransplantation warten, sowie ihren Familien in besonderen Notlagen.

Eine finanzielle Unterstützung ist nur möglich für Hilfen, die im Zusammenhang mit der Transplantation stehen und zweckgebunden sind. Die Erfüllung der Hilfeleistung erfolgt möglichst schnell und weitgehend unbürokratisch.

Die Zuwendung ist an wirtschaftliche Bedürftigkeit gebunden. Somit kommen die Gelder wirklich denjenigen zugute, die sie am dringendsten benötigen und keine andere Möglichkeit haben, sich entsprechende Mittel zu beschaffen. Anspruchsvoraussetzungen gegen die Kostenträger (insbesondere Krankenkassen, Rentenversicherungsträger) müssen bereits ausgeschöpft sein.

Antragsbegründung

Begründen Sie Ihren Antrag bitte auf dem beiliegenden Zusatzblatt mit kurzer Beschreibung Ihrer persönlichen Lebenssituation sowie einer Kostenaufstellung und legen Sie ggf. Kostenvoranschläge bei.

Nachweise und Auskünfte

Ohne entsprechende Nachweise und Auskünfte des Antragstellers kann leider keine Unterstützung erbracht werden. Die erforderlichen Nachweise und Auskünfte sind im Einzelnen:

1.) Selbstauskunft über familiäre und wirtschaftliche Verhältnisse.

- Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Anzahl der zum Haushalt gehörenden Personen.
- Angaben zum monatlichen Nettoeinkommen.
- Angaben zu den festen monatlichen Ausgaben.

2.) Zeitnahe ärztliche Bescheinigung

- über die Transplantation/Listung des betroffenen Kindes. (z.B. in Form eines Arztbriefes)

Die Anlagen (Personalien, Antragsbegründung sowie Selbstauskunft) zum Hilfsfonds sind beigelegt. Diese müssen von einer öffentlichen Institution, vorzugsweise dem Sozialdienst der Klinik, abgezeichnet/abgestempelt sein. Hierzu sollten Unterlagen, aus denen die Angaben ersichtlich sind, vorgelegt werden. In Frage kommen neben dem Sozialdienst der Klinik auch Sozialämter, kirchliche Stellen u.ä., die auch beim Ausfüllen sicherlich behilflich sind.

Ihre Daten werden von uns absolut vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben!

Falls Sie Fragen haben, helfen wir gerne.

Ihr KiO Team - Telefon 0 69/24 24 77 12 - Fax 0 69/24 24 88 00

E-Mail kio@kiohilfe.de

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Staatsangehörigkeit:
Erkrankt seit:	
Diagnose:	
☐ organtransplantiert, wenn ja, welches Organ/welche Organe?	
☐ Wartepatient	
Transplantationszentrum:	

	Mutter/Partnerin	Vater/Partner	Kind	Kind	Kind
Vorname					
Name					
Geburtsdatum					
Beruf					

Straße, Hausnummer:
PLZ, Wohnort:
Telefon: Fax:
E-Mail:

Kontoinhaber:							
IBAN:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>						
BIC:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					Kreditinstitut:	

Monatliches Nettoeinkommen aller im Haushalt lebenden Personen		Feste monatliche Ausgaben aller im Haushalt lebenden Personen	
Lohn/Gehalt	 €	Miete oder Hausbelastung	 €
Rente/Pension	 €	Heizkosten	 €
Arbeitslosengeld (ALG) I	 €	Strom, Gas, Wasser	 €
ALG II	 €	Telefon	 €
Sozialhilfe/Grundsicherung	 €	GEZ Gebühren	 €
Wohngeld	 €	KFZ Kosten (Steuer, Versicherung)	 €
Kinder-/Erziehungsgeld	 €	besondere Ausgaben für Kinder Wofür:	 €
Ausbildungsbeihilfen	 €	Versicherung (monatlich)	 €
Unterhalt	 €	Unterhaltszahlungen Für Wen:	 €
Krankengeld	 €	Fahrtkosten, die krankheitsbedingt sind (Klinik, Arzt)	 €
Pflegegeld	 €	Sonstige krankheitsbedingte Aufwendungen Was:	 €
Zinseinkünfte	 €	Monatliche Ratenzahlung/Kredit Für was: Bis wann:	 €
Sonstiges	 €	Sonstiges	 €
Gesamte monatliche Einkünfte	 €	Gesamte monatlichen Ausgaben	 €

Zum Lebensunterhalt verbleiben monatlich:

..... €

Ist eigenes Vermögen vorhanden, das den Betrag von 15. 500 Euro überschreitet, so teilen Sie uns das bitte mit.

Verwendungszweck	Kosten
.....	 €
.....	 €
.....	 €
Gesamt:	 €

Name, Vorname:	
Telefon:	E-Mail:

Datum, Unterschrift des Ansprechpartners