

## 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 Familieneinkommengrenzen 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 beigefügt. 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@vso.de](mailto:kio@vso.de)**

**Patient:**

Name: .....	Vorname: .....
Geburtsdatum: .....	Staatsangehörigkeit: .....
Erkrankt seit: .....	
Diagnose: .....	
<input type="checkbox"/> organtransplantiert, wenn ja, welches Organ/welche Organe? .....	
<input type="checkbox"/> Wartepatient	
Transplantationszentrum: .....	

**Im Haushalt lebende Personen:**

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

**Anschrift/Kontaktdaten:**

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

**Bankverbindung:**

Kontoinhaber: .....
Kontonummer: .....
Bankleitzahl: ..... 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	..... €
<b>Gesamte monatliche Einkünfte</b>	..... €	<b>Gesamte monatlichen Ausgaben</b>	..... €

Zum Lebensunterhalt verbleiben monatlich:

..... €
---------

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

**1.) Beschreibung der persönlichen Lebenssituation/Notlage (ggf. auf Beiblatt):**


**2.) Kostenaufstellung für das beabsichtigte Vorhaben:**

Verwendungszweck	Kosten
	€
	€
	€
Gesamt:	€

**3.) Weitere Anträge auf Unterstützung wurden gestellt bei:**


**4.) Ansprechpartner in Klinik für Rückfragen (falls erforderlich):**

Name, Vorname: .....	
Telefon: .....	E-Mail: .....

**5.) Richtigkeit der Angaben:**

.....  
 Ort, Datum Unterschrift des/der Antragssteller  
*Mit der Unterschrift bestätigen die Antragssteller die Richtigkeit aller Angaben. Ohne Unterschrift kann der Antrag nicht bearbeitet werden.*

**6.) Unterlagen wurden eingesehen:**

Name der Klinik/Institution: .....

.....

Stempel Datum, Unterschrift des Ansprechpartners