

Antrag auf finanzielle Unterstützung

1 Daten des Betroffenen (Patienten)

Name/Vorname(n): _____
 Geschlecht: weiblich männlich Nationalität: _____
 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ): _____ Geburtsland/-ort: _____
 Alter: _____ Beruf: _____
 Adresse: _____
 E-Mail: _____ Telefon: _____

2 Daten der zum Haushalt gehörenden Personen (Eltern, Ehegatte, Geschwister, Kinder...)

Name/Vorname	Geb-Datum	Schule/Ausbildung/Beruf
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3 Bedürftigkeit: Monatliches Nettoeinkommen aller zum Haushalt gehörenden Personen (Lohn/Gehalt, Rente, Sozialleistungen, Kindergeld ...)

	Betroffener	Ehegatte/ Partner	Eltern	Kinder	Andere Personen
Mtl. Nettoeinkommen	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €
Gesamtsumme					_____ €

4 Außergewöhnliche Ausgaben pro Jahr ...

für _____ €
 für _____ €

5 Wir, das Krankenhaus _____ bestätigen, dass der Betroffene bzw. seine Familie finanziell bedürftig ist.

Datum: _____
 (Unterschrift des Krankenhauses)

Alternativ kann eine Bestätigung einer Behörde beigelegt werden.

Antrag auf finanzielle Unterstützung



6 Diagnose und vorgesehene Behandlung

7 Kontaktdaten des Krankenhauses und des zuständigen Arztes (Name/Ort/E-Mail):

8 Antrag wird befürwortet.

Datum: _____
(Unterschrift des Krankenhauses)

Den Antrag bitte mit 2 guten präoperativen und 2 guten postoperative Fotos der Patienten in hoher Qualität (mindestens 1 MB groß, möglichst lächelnd, ganzes Gesicht) einreichen.

Bitte beachten: Im Falle einer Katarakt-Operation sind weitere Angaben nötig. Bitte in diesem Fall Kontakt mit uns aufnehmen: www.help-wirhelfen.de

Erklärung zur Finanzierung der medizinischen Behandlung

Ich erkläre, dass die Förderung der finanziellen Maßnahmen nicht über 100% der anfallenden Gesamtkosten beträgt. Der medizinische Kostenvoranschlag liegt bei. Ich versichere, dass die gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig sind.

Datum: _____
(Unterschrift des Patienten oder der/die Erziehungsberechtigten)

Einwilligung zur Dokumenten- und Fotoverwendung

Ich,

(Name des Patienten oder der/des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen)

bestätige, dass Help! – Wir helfen! e.V. das absolute und unwiderrufliche Recht und die Erlaubnis erhält, die Fotos, Röntgenbilder und Patienteninformationen etc. die von mir bzw. dem Patienten durch Help! – Wir helfen! e.V. bzw. den dazu Beauftragten (Krankenhausangestellten/Ärzten usw.) erstellt wurden oder die ich zur Verfügung gestellt habe, wie folgt zu verwenden:

- a) Diese unter eigenem Namen oder irgendeinem anderen gewählten Namen mit Copyright von Help! – Wir helfen! e.V. zu veröffentlichen.
- b) Die Fotos auch wiederholt zur Veröffentlichung zu nutzen in gleichem oder in irgendeinem anderen Zusammenhang, individuell oder in Verbindung mit anderen Fotos in den Medien (Druck, Internet etc.) zur Illustration von Informationen und zu Werbe- oder Öffentlichkeitszwecken, ohne aber darauf beschränkt zu sein. Ich stimme zu, dass mein Name in Veröffentlichungen aller Art genannt wird.
- c) Die von mir gemachten Fotos und Angaben für die Prüfung an Dritte – auch elektronisch - weiterzuleiten und auch in elektronischer Form zu speichern.
Ich verzichte ausdrücklich gegenüber Help! – Wir helfen! e.V. und den Personen, die die Fotos und Bericht erstellt haben und sie im Namen von Help! – Wir helfen! für Vereinszwecke nutzen auf alle Ansprüche und Rechte, die ich daraus habe. Ich gebe die Bilder und Berichte zur Nutzung durch Help! – Wir helfen! e.V. frei. Dies gilt auch für die Bilder und Berichte, die andere Institutionen (Ärzte/Krankenhäuser etc.) erstellt haben bzw. erstellen haben lassen wie beispielsweise Röntgen – und/oder Ultraschallbilder etc.
Ich habe diese Erklärung gelesen und den Inhalt vollständig verstanden.

(Ort und Datum)

(Name in Druckschrift)

(Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen)