

# Fragebogen zum Antrag

**Aktenzeichen:** \_\_\_\_\_ (Name des Kindes) \_\_\_\_\_ (Erstellungsdatum)  
(Vom Verein auszufüllen!)

## Anweisungen zum Ausfüllen:

Bitte füllen Sie diesen Auskunftsbogen vollständig und gut leserlich aus.

Es können nur komplett ausgefüllte Bögen bearbeitet werden. Verweise auf anliegende Dokumente sind nicht ausreichend.

Füllen Sie daher bitte alle Felder aus, nichtzutreffende Felder sind zu streichen.

Zum Nachweis fügen Sie bitte folgende Unterlagen, übersetzt in Deutsch, Russisch oder Englisch **ALS KOPIEN** bei:

- 1. Personalausweise der Eltern des Kindes**
- 2. Kinderausweis oder Geburtsurkunde**
- 3. Aktueller Arztbericht**
- 4. Einkommensnachweise beider Eltern, die Liste der Immobilien im Besitz der Eltern oder der Erziehungsberechtigten**
- 5. Kostenvoranschlag für die Behandlung/Operation**
- 6. Aktuelle Familienvideos und Fotos des Kindes mit und ohne seine Eltern**
- 7. Erklärung der Eltern bzw. des Arztes, warum eine Behandlung im Heimatland nicht möglich ist**

**Achten Sie bitte darauf, dass alle notwendigen Dokumente bei uns angekommen sind!!!**

Die Bearbeitung des Antrags ist nur dann möglich, wenn alle übersetzten Dokumente bei uns eingegangen sind.

Bereits eingereichte Unterlagen werden selbstverständlich nicht erneut benötigt.

Sämtliche Daten und Unterlagen dienen ausschließlich der Entscheidungsfindung und werden nicht an Dritte weitergeleitet.

## Allgemeine Informationen zu den Antragstellern

**Name und Vorname der Mutter** \_\_\_\_\_

**Name und Vorname des Vaters** \_\_\_\_\_

**Name des Kindes** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum des Kindes** \_\_\_\_\_ **Geschlecht des Kindes** [ ] männlich [ ] weiblich

### Adresse:

**Straße, Hausnummer** \_\_\_\_\_

**PLZ/Stadt** \_\_\_\_\_ **Land** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer, Festnetz oder Handy** \_\_\_\_\_

**Email** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse, bei der Sie versichert sind** (Wie sind Sie krankenversichert?)

(Bitte Namen angeben)

**Mutter** \_\_\_\_\_ **Vater** \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Auslandsversicherung?** [ ] Ja [ ] Nein Falls Ja, welche \_\_\_\_\_

**Nennen Sie bitte Geschwister des Kindes, falls vorhanden:**

Vorname und Name \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_ [ ] männlich [ ] weiblich  
Vorname und Name \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_ [ ] männlich [ ] weiblich  
Vorname und Name \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_ [ ] männlich [ ] weiblich  
Vorname und Name \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_ [ ] männlich [ ] weiblich  
Vorname und Name \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_ [ ] männlich [ ] weiblich

## Angaben zum Helfer / zur Helferin

(Auszufüllen nur in dem Fall, dass der Antrag nicht von Eltern oder Sorgeberechtigten gestellt wird)

**Der Antragsteller** (z.B. Patientenvermittler, Verwandte, Bekannte, ein Freiwilliger etc.)

**Anrede** [ ] Frau [ ] Herr

**Name und Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Straße und Hausnummer** \_\_\_\_\_

**PLZ/Stadt** \_\_\_\_\_ **Land** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer** \_\_\_\_\_ **E-Mail Adresse** \_\_\_\_\_

(Festnetz oder Handy)

Hinweis: zum Antrag soll eine Kopie Ihres Ausweises beigelegt werden.

Ich stehe in folgendem **Verhältnis zur Familie** (Zutreffende bitte ankreuzen):

[ ] Bekannter [ ] Freund [ ] Verwandter [ ] Vermittler [ ] behandelnder Arzt [ ] Freiwilliger

**Erhalten Sie für Ihre Hilfe eine Vermittlungsprovision?** [ ] Ja [ ] Nein

Wenn ja, **wie hoch ist die Vermittlungsprovision** in Euro? (Die Summe bitte hier angeben) \_\_\_\_\_

**Wird die Vermittlungsprovision direkt an Sie gezahlt?** [ ] Ja [ ] Nein

**Arbeiten Sie in einer Vermittlungsagentur?** [ ] Ja [ ] Nein

**Name und Anschrift der Vermittlungsagentur** \_\_\_\_\_

## Angaben zum betroffenen Kind

**An welcher Erkrankung leidet das Kind (Diagnose)?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Angaben zur behandelnden Klinik:

**Wann soll die Behandlung/Operation durchgeführt werden** \_\_\_\_\_

**Wo soll die Behandlung/Operation durchgeführt werden?** \_\_\_\_\_

**Name der Klinik** \_\_\_\_\_

**Anschrift der Klinik** \_\_\_\_\_

**Email** \_\_\_\_\_ **Telefon** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner in der Klinik** \_\_\_\_\_

**Behandelnder Arzt** \_\_\_\_\_

**Dauer der Behandlung** (nach Einschätzung der Klinik) \_\_\_\_\_

**Wer begleitet das Kind zur/während der Behandlung?** \_\_\_\_\_

**Beindet sich Ihr Kind bereits in Behandlung?**  Ja  Nein

**Wenn ja, wo und seit wann?** \_\_\_\_\_

**Kosten der aktuellen Behandlung** \_\_\_\_\_ EUR

**Welche Behandlungsschritte sind bis jetzt durchgeführt worden?**

---

---

---

---

---

---

---

**Wer ist für die bisherigen Behandlungskosten aufgekommen?**

---

---

**Wie hoch sind die Kosten der bisherigen Behandlungen (insgesamt)?** \_\_\_\_\_ EUR

## Angaben zu Hilfsorganisationen

**Wurden Sie in der Vergangenheit bereits von unserem Verein unterstützt?**  Ja  Nein

**Wann?** (Bitte genaues Datum angeben) \_\_\_\_\_

**Womit?** (Kurze Beschreibung) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

**Welche Kosten hat der Verein für Sie bereits übernommen?** \_\_\_\_\_ EUR

**Werden zurzeit Zuschüsse bei anderen Vereinen/ Stiftungen beantragt?**     Ja     Nein

Wenn ja, **bei welchen Organisationen** (bitte Namen angeben) \_\_\_\_\_

**Welche Summe erhalten Sie als Zuschuss?** \_\_\_\_\_ EUR

**Haben Sie Ihren Hilfeaufruf auf einem der folgenden Wege veröffentlicht?**

TV     Printmedien     Internetseite     Social Media     Keiner davon

**Wo genau** (beschreiben Sie bitte)? \_\_\_\_\_

Können Sie selber einen Teil der Behandlungskosten aufbringen?     Ja     Nein

Wenn ja, **in welcher Höhe** \_\_\_\_\_ EUR

**Wer kommt für diese Kosten auf?** \_\_\_\_\_

## Angaben zu Ihrer Reise

**Reise** (Datum, Reiseziel, Transportmittel) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Unterkunft und Verpflegung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Visum

\_\_\_\_\_

## Sonstige Anmerkungen, die nicht die Behandlung betreffen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Angaben zum Einkommen der Eltern

**Ist die Mutter berufstätig?**     Ja     Nein     Unternehmerin

**Ist der Vater berufstätig?**     Ja     Nein     Unternehmer

**Beruf der Mutter bzw. Firmenname** \_\_\_\_\_

**Beruf des Vaters bzw. Firmenname** \_\_\_\_\_

Monatliches Nettoeinkommen

**der Mutter** \_\_\_\_\_ EUR

**des Vaters** \_\_\_\_\_ EUR

Haben Sie andere Einkommen außer durch Ihre berufliche Tätigkeit? [ ] Ja [ ] Nein

Wenn Ja, **welche?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |                      |        |          |            |     |
|----------------------|--------|----------|------------|-----|
| 1. Immobilien        | [ ] Ja | [ ] Nein | Wert_____  | EUR |
| 2. Wertpapiere       | [ ] Ja | [ ] Nein | Summe_____ | EUR |
| 3. Sparguthaben      | [ ] Ja | [ ] Nein | Summe_____ | EUR |
| 4. Sonstige Vermögen | [ ] Ja | [ ] Nein | Summe_____ | EUR |

### Erklärung zu den Vermögen

---

---

---

**Gesamtsumme/Wert** \_\_\_\_\_ EUR

Hinweis: Vermögensnachweise bitte in Kopien vorliegen!

Monatliche **GESAMTEINNAHMEN DER FAMILIE** \_\_\_\_\_ EUR

### Monatliche Ausgaben der Familie

#### Unterkunftskosten:

**Miete** \_\_\_\_\_ EUR      **Nebenkosten** (Strom, Gas, Wasser) \_\_\_\_\_ EUR  
(beim Mieten einer Mietwohnung)

Hinweis: Beim Mieten einer Wohnung bitte den Mietvertrag in Kopie beifügen!

**Lebensunterhaltskosten** (Nahrung, Bekleidung etc.) \_\_\_\_\_ EUR

**Welche Versicherungsbeiträge zahlen Sie?** Geben Sie bitte die monatliche Summe an: \_\_\_\_\_ EUR

Sonstige monatliche Ausgaben (in EUR), jeweils kurz beschreiben

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Monatliche Kreditzahlungen bei Finanzierungen

\_\_\_\_\_ EUR      \_\_\_\_\_ EUR      \_\_\_\_\_ EUR

Hinweis: Bei Kreditzahlungen bitte Belege in Kopien hinzufügen!

**MONATLICHE GESAMTAUSGABEN DER FAMILIE** \_\_\_\_\_ EUR

---

### Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der von mir gemachten Angaben

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_

**Mutter** \_\_\_\_\_      **Vater** \_\_\_\_\_

(Unterschriften der Eltern des Kindes)

**Sorgeberechtigte/r** \_\_\_\_\_

(Unterschriften des/der Sorgeberechtigte/n des Kindes)

## SONSTIGE VEREINBARUNGEN

Bitte sorgfältig lesen!

Der eingetragene Verein „Großes Herz für Kleine“ nimmt Ihr Kind in das medizinische Hilfsprogramm unter folgenden Voraussetzungen auf:

Für eine erfolgreiche Spendensammlung, für Werbezwecke und zum Nachweis der Spendenverwendung veröffentlichen wir auf unseren Homepages

[www.grosses-herz-fuer-kleine.de](http://www.grosses-herz-fuer-kleine.de)

[www.grosses-herz-fuer-kleine.net](http://www.grosses-herz-fuer-kleine.net)

auf Social Media Plattformen und in anderen Medien Videodokumente und Fotoaufnahmen der von uns begünstigten Kinder. Ein von Ihnen erstellter Hilfsaufruf wird von den von Ihnen vorgestellten Bildaufnahmen begleitet. Je hochauflösender und interessanter die Aufnahmen sind, desto mehr Beachtung wird Ihr Kind bei der Spendensammlung bekommen. Je besser die Aufnahmen sind, desto mehr Chancen haben Sie bei der Spendensammlung.

Ihre Bildmaterialien und Hilfsaufrufe belegen und dokumentieren unsere Arbeit. Sie schreiben die Geschichte des Vereins.

Wir bitten Sie um Verständnis, dass die Dokumente **unwiderruflich** im Archiv des Vereins bleiben und zum Zwecke der Unterstützung unserer Arbeit verwendet werden. Ihre Dokumente werden nicht an die Dritte weitergeleitet.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit der Erklärung des Vereins und seinen Annahmebedingungen einverstanden sind.

**Ort , Datum** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Antragstellers zum Abschnitt „Sonstige Vereinbarungen“)