

Aktennummer: \_\_\_\_\_



Förderung von  
Wahrnehmung+Bindung

## Antrag für Erwachsene

### Selbstauskunftsbogen zur finanziellen Situation

Sehr geehrter AntragstellerIn,  
um unserer Verantwortung als gemeinnütziger Verein entsprechen zu können, müssen wir die finanzielle Bedürftigkeit prüfen. Es dürfen aus den Spenden nur Menschen gefördert werden, die von sich aus die Systemische Hörtherapie nicht bezahlen können. Bitte füllen Sie deshalb diesen Selbstauskunftsbogen vollständig und gut leserlich aus. Es können nur komplett ausgefüllte Bögen bearbeitet werden (Verweise auf anliegende Dokumente

sind nicht ausreichend); füllen Sie daher alle Felder aus (Nichtzutreffendes ist durchzustreichen). Zum Nachweis werden weitere Unterlagen benötigt, eine Liste finden Sie auf der letzten Seite dieses Bogens. Bereits eingereichte Unterlagen werden selbstverständlich nicht erneut benötigt. Sämtliche Daten und Unterlagen dienen ausschließlich der Entscheidungsfindung und werden nicht an Dritte weitergegeben. Es gilt der gesetzliche Datenschutz.

#### Allgemeine Angaben

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Männlich (m)  Weiblich (w)

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Name des/der Lebenspartners/ in: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

#### Namen und Alter der Kinder (so vorhanden)

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ m  w

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ m  w

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ m  w

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ m  w

#### Angaben zum Einkommen

Beruf des Antragstellers/ in: \_\_\_\_\_

Nebenberufliche Tätigkeit (z.B. Babysitten, Putzen etc.): \_\_\_\_\_

Beruf des Lebenspartners/ in: \_\_\_\_\_

#### Nettoeinkommen aus Erwerbstätigkeit (monatlich)

Einkommen des Antragstellers/ in: \_\_\_\_\_ EURO

Einkommen des Lebenspartners/ in: \_\_\_\_\_ EURO

Nebenberufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_ EURO

**Nicht erwerbsmäßige Einkommen / Sozialleistungen (monatlich)**

Seit wann? \_\_\_\_\_  
Sozialleistungen / Hartz IV: \_\_\_\_\_ EURO  
Wohngeld: \_\_\_\_\_ EURO  
(EU) Rente: \_\_\_\_\_ EURO  
Witwen-/ Witwer-Rente: \_\_\_\_\_ EURO  
Krankengeld: \_\_\_\_\_ EURO

**Allgemeine Bezüge (monatlich)**

Kindergeld gesamt: \_\_\_\_\_ EURO  
Erziehungsgeld gesamt: \_\_\_\_\_ EURO  
Pflegegeld: \_\_\_\_\_ EURO  
Blindengeld: \_\_\_\_\_ EURO  
Unterhalts-/ Vorschusszahlungen (für Kinder): \_\_\_\_\_ EURO  
Unterhaltszahlungen (für Mutter oder Vater): \_\_\_\_\_ EURO  
Waisenrente: \_\_\_\_\_ EURO  
Sonstige Einnahmen (Mieteinnahmen etc.): \_\_\_\_\_ EURO  
**GESAMTEINAHMEN MONATLICH:** \_\_\_\_\_ EURO

**Vermögenswerte / Gesamtwert**

Sparguthaben \_\_\_\_\_ EURO  
Wertpapiere / Aktien \_\_\_\_\_ EURO  
Immobilien \_\_\_\_\_ EURO  
Sonstige \_\_\_\_\_ EURO  
\_\_\_\_\_

**Erfassung des Finanzbedarfs der Therapie**

Höhe der beantragten Summe: \_\_\_\_\_ EURO  
Zuschüsse von anderen Vereinen/ Stiftungen beantragt:  Ja  Nein  
Wenn ja, bei welchen Organisationen \_\_\_\_\_  
Können Sie selber einen Teil der Therapiekosten aufbringen?  Ja  Nein  
Wenn ja, in welcher Höhe: \_\_\_\_\_ EURO  
Wurden Sie schon einmal von unserem Verein unterstützt?  Ja  Nein

Zum Nachweis der Spendenverwendung stellen wir gern auf unserer Homepage [www.wahrnehmung-bindung.de](http://www.wahrnehmung-bindung.de) von uns geförderte Personen vor. Wir bitten um Ihr Einverständnis – im Falle einer Unterstützung – ein Bild von Ihnen (z. B. bei der Therapie) mit einem kurzen Text veröffentlichen zu dürfen.  
 Ja                       Nein                      Die Förderung ist nicht von einem Kreuz beim Ja abhängig!

**ANHANG**

Zum Nachweis fügen Sie bitte folgende Unterlagen in KOPIE bei:

**NICHT ZUTREFFENDES BITTE STREICHEN**

- |  |                                |   |
|--|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Personalausweis _____                               | <input type="checkbox"/> Anbei | <input type="checkbox"/> Bereits vorliegend |
| <input type="checkbox"/> Kinderausweis! Geburtsurkunde _____                 | <input type="checkbox"/> Anbei | <input type="checkbox"/> Bereits vorliegend |
| <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis _____                      | <input type="checkbox"/> Anbei | <input type="checkbox"/> Bereits vorliegend |
| <input type="checkbox"/> aktuellster Arztbericht _____                       | <input type="checkbox"/> Anbei | <input type="checkbox"/> Bereits vorliegend |
| <input type="checkbox"/> Einkommensnachweise der letzten 3 Monate            | <input type="checkbox"/> Anbei | <input type="checkbox"/> Bereits vorliegend |
| <input type="checkbox"/> letzter Einkommensteuerbescheid _____               | <input type="checkbox"/> Anbei | <input type="checkbox"/> Bereits vorliegend |
| <input type="checkbox"/> aktueller Sozialhilfebescheid<br>(Berechnungsbogen) | <input type="checkbox"/> Anbei | <input type="checkbox"/> Bereits vorliegend |
| <input type="checkbox"/> Nachweis Wohngeld _____                             | <input type="checkbox"/> Anbei | <input type="checkbox"/> Bereits vorliegend |
| <input type="checkbox"/> Nachweis Kindergeld _____                           | <input type="checkbox"/> Anbei | <input type="checkbox"/> Bereits vorliegend |
| <input type="checkbox"/> Nachweis Elterngeld _____                           | <input type="checkbox"/> Anbei | <input type="checkbox"/> Bereits vorliegend |
| <input type="checkbox"/> Nachweis Erziehungsgeld _____                       | <input type="checkbox"/> Anbei | <input type="checkbox"/> Bereits vorliegend |
| <input type="checkbox"/> Unterhaltsnachweis _____                            | <input type="checkbox"/> Anbei | <input type="checkbox"/> Bereits vorliegend |
| <input type="checkbox"/> Pflegegeld-/ Blindengeldbescheid _____              | <input type="checkbox"/> Anbei | <input type="checkbox"/> Bereits vorliegend |
| <input type="checkbox"/> Rentenbescheid _____                                | <input type="checkbox"/> Anbei | <input type="checkbox"/> Bereits vorliegend |
| <input type="checkbox"/> Nachweis ü. Sonstige Einnahmen _____                | <input type="checkbox"/> Anbei | <input type="checkbox"/> Bereits vorliegend |
| <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag der Therapie _____                | <input type="checkbox"/> Anbei | <input type="checkbox"/> Bereits vorliegend |
| <input type="checkbox"/> aktuelle Foto von sich _____                        | <input type="checkbox"/> Anbei | <input type="checkbox"/> Bereits vorliegend |

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers