

Antrag

auf finanzielle Unterstützung über den Härtefonds der Niedersächsischen Krebsgesellschaft e.V.

Die Niedersächsische Krebsgesellschaft e.V. erhält Spenden, um Krebsbetroffene in Niedersachsen zu unterstützen. Ein Teil dieser Mittel fließt in einen Härtefonds, aus dem bedürftigen Krebserkrankten eine finanzielle Unterstützung in Höhe von 350 € bis 500 € gewährt werden kann.

Diese finanzielle Unterstützung ist eine freiwillige Leistung und kann nur im Rahmen der zur Verfügung gestellten Mittel gewährt werden.

Bitte prüfen Sie, ob Sie folgende Kriterien erfüllen:

- der erste **Wohnsitz** liegt in Niedersachsen,
- Nachweis der **finanziellen Bedürftigkeit**, Nachweis erforderlich.
- **aktive medizinische Behandlung** aufgrund einer Krebserkrankung in den letzten 12 Monaten, Nachweis erforderlich.
- es wurde in den **letzten 30 Monaten kein Härtefonds-Antrag** bei der Niedersächsischen Krebsgesellschaft e.V. bewilligt.

Die Bearbeitung kann bis zu 12 Wochen dauern. Bei Fragen rufen Sie uns gern an,
Tel: 0511-388 52 62.

A) Daten des Krebsbetroffenen	B) Daten des/r Antragstellenden, falls nicht identisch zu A)
Name _____	Name _____
Straße & Nr. _____	Straße & Nr. _____
PLZ & Wohnort _____	PLZ & Wohnort _____
Geburtsdatum _____	Geburtsdatum _____
E-Mail _____	E-Mail _____
Telefon _____	Telefon _____
Anzahl der zum Haushalt gehörenden Kinder	
Anzahl der Kinder: _____	

Nachweis über die Behandlungsbedürftigkeit der eigenen Krebserkrankung

Mit der **ärztlichen Bescheinigung in der Anlage** weise ich nach, dass ich mich in den letzten 12 Monaten aufgrund einer Krebserkrankung in onkologischer Behandlung befand und nicht nur routinemäßige Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden. Der Nachweis kann durch die beigefügte onkologische Bescheinigung oder einen anderen gleichwertigen Nachweis erbracht werden.

Nachweis über die finanzielle Bedürftigkeit

Mit folgenden Unterlagen weise ich eine aktuell gewährte Sozialleistung und damit meine finanzielle Bedürftigkeit nach und reiche eine der folgenden Unterlagen als **Anlage** ein:

- | | |
|---|--|
| ☐ Bürgergeldbescheid | ☐ Grundsicherung im Alter |
| ☐ Kinderzuschlag | ☐ Wohngeld |
| ☐ Bewilligung des Härtefonds bei der DKH | ☐ Anderes |

Bankverbindung (freiwillige Angabe)

Kontoinhaber _____

IBAN _____

Geldinstitut _____

Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass die Niedersächsische Krebsgesellschaft meine personenbezogenen Daten zum Zweck der Prüfung der Voraussetzung und ggf. zur Auszahlung des Härtefonds verarbeitet.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit durch schriftliche Erklärung gegenüber der Niedersächsischen Krebsgesellschaft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Artikel 7 Abs. 3, DSGVO).

Im Falle einer Ablehnung des Antrags werden alle personenbezogenen Daten und Kopien umgehend gelöscht. Bei einer Genehmigung werden die personenbezogenen Daten entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist gespeichert.

Alle Fragen zum Datenschutz oder Widerruf richte ich an schophaus@nds-krebsgesellschaft.de oder an den Datenschutzbeauftragten

skriptura dialog systeme GmbH
Dirk Wolf

Tel.: 0511/54294-44
Mobil: 0171/3831577
E-Mail: dirk.wolf@skriptura.de

Hiermit bestätige ich, dass ich die Datenschutzeinwilligung verstanden habe und der Verarbeitung meiner Daten zustimme. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <https://nds-krebsgesellschaft.de/datenschutzerklaerung/>

Ort, Datum

Unterschrift

Mit der Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der Angaben.

Onkologische Bescheinigung

Name der/s Krebsbetroffenen	
Name _____	
Straße & Hausnummer _____	
PLZ & Wohnort _____	
Geburtsdatum _____	
Diagnostizierte Krebserkrankung	
Aktive Krebsbehandlung	
Hiermit bestätige ich, dass sich die oben genannte Person in den letzten 12 Monaten aufgrund einer Krebserkrankung in meiner Praxis in aktiver medizinischer Behandlung befindet und nicht nur routinemäßige Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt wurden.	
Ort, Datum	
Praxisstempel	Name, Unterschrift Ärztin/ Arzt