

Einzelhilfe-Antrag an die Deutsche AIDS-Stiftung

- für Beratungsstellen -

Beratungsstelle/Institution:

.....

ggf. Stempel

E

(bitte freilassen)

(bitte freilassen)

Straße, Nr.:

PLZ, Ort :

Bundesland:

Telefon/Fax:

E-Mail:

BearbeiterIn:

Bank:

BLZ:

Kontonummer:

KontoinhaberIn:

Verw.-Zweck:

Geben Sie folgende Daten bitte vollständig an:

Anzahl der im Haushalt lebenden Personen:

	AntragstellerIn	PartnerIn	Kind	Kind	Kind
Vorname					
Name					
Geburtsdatum					
Geburtsland					
Geschlecht (m/w)					
HIV (bitte ankreuzen)					
AIDS (bitte ankreuzen)					
vermuteter Infektionsweg*					

*Infektionswege: (1) Mann-Mann, (2) i. v. Drogengebrauch, (3) Blutprodukte, (4) Mutter-Kind, (5) Mann-Frau, (6) unbekannt

Die Angabe des Infektionsweges ist freiwillig und dient statistischen Zwecken. Sie hilft uns, die Situation HIV infizierter und an AIDS erkrankter Menschen besser zu beschreiben und ihre Anliegen besser vertreten zu können.

Einkommensverhältnisse (Geben Sie bitte die Einnahmen und Ausgaben **aller** im Haushalt lebenden PartnerInnen und Familienangehörigen in monatlichen Beträgen an. Legen Sie bei einem Leistungsbezug nach SGB II oder SGB XII den aktuellen und kompletten Bescheid mit Berechnungsbogen bei.):

Einnahmen:

Lohn/Gehalt €

Krankengeld €

Rente €

Arbeitslosengeld (ALG) I €

ALG II €

Sozialhilfe/Grundsicherung €

Kindergeld €

Wohngeld €

Unterhalt €

Pflegegeld €

JVA €

Sonstiges €

Ausgaben:

Miete €

Heizkosten €

Autkosten €

ÖPNV (Monatsfahrkarte) €

GEZ-Gebühren €

besondere Ausgaben für Kinder €

-wofür:

Unterhaltszahlungen €

(Kredit-)Ratenzahlungen €

-wofür:

Krankenversicherung €

Sonstiges €

Hat die/der Betroffene bereits einen Antrag/Anträge bei der Stiftung gestellt? nein ja Antragsjahr: Antragsnummer (wenn bekannt):**jetziger Antragsgegenstand:**

.....

.....

Antragsbegründung: Schreiben Sie bitte auf einem Zusatzblatt eine Antragsbegründung mit kurzer aber aussagekräftiger Beschreibung der persönlichen und finanziellen Lebenssituation der/des Betroffenen sowie einer detaillierten Kostenaufstellung und legen Sie ggf. Kostenvoranschläge bei.

Antragssumme: €

Bitte informieren Sie den/die Betroffene/n über folgende Vergaberichtlinien:

- Der Stiftungszweck wird insbesondere durch die Gewährung von Unterstützung in Härtefällen (§ 2 Absatz 2 Satz 1 der Satzung) sowie durch die Verbesserung der Versorgung und Betreuung von in Deutschland lebenden HIV-infizierten und an AIDS erkrankten Menschen (§ 2 Absatz 2 Satz 2 der Satzung) verwirklicht.
- Ein Rechtsanspruch auf eine Stiftungsleistung besteht nicht (§ 2 Absatz 5 der Satzung).
- Zuwendungen werden nachrangig zu staatlichen Leistungen vergeben. Etwaige Ansprüche gegenüber gesetzlichen Kostenträgern (z.B. Leistungen nach SGB II, SGB XII) sind vor Antragstellung bei der Stiftung geltend zu machen.
- Vor einer Bewilligung durch die Stiftung in Auftrag gegebene oder bestellte Antragsgegenstände, bereits gebuchte Kurse oder Reisen werden grundsätzlich nicht bezuschusst.
- Vergleichbare Anträge dürfen nicht bei anderen Einrichtungen gestellt werden.
- Die Antragsbewilligung erfolgt schriftlich und enthält Angaben über die Höhe und die Zweckbindung der Zuwendung. Sie kann mit Auflagen verbunden sein.
- Die sachgerechte Verwendung der Zuwendung ist fristgerecht zu belegen. Bei nicht sachgerechter Verwendung hat die Stiftung einen Anspruch auf Rückzahlung.
- Wird nur ein Teilbetrag der Bewilligungssumme für den Verwendungszweck benötigt, ist der Restbetrag unter Angabe der Antragsnummer auf das Konto der Deutschen AIDS-Stiftung zurück zu überweisen:

BFS Köln • BLZ: 370 205 00 • Konto: 82 69 605

- Neue Anträge eines Antragstellers werden erst dann bearbeitet, wenn frühere Anträge komplett abgerechnet sind.
- Die Daten der Antragstellung werden elektronisch erfasst und anschließend für stiftungsinterne Zwecke gespeichert. Dabei werden die Vorschriften des Datenschutzes eingehalten.

Ich leite den Antrag auf Wunsch der/des Antragstellers weiter.

Die Angaben wurden überprüft nicht überprüft.

Ich befürworte den Antrag der/des Antragstellers. Eine Antragsbegründung liegt bei.

Die Angaben wurden überprüft nicht überprüft.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass der/die AntragstellerIn über o. g. Vergaberichtlinien informiert wurde.

Ort, Datum:

Unterschrift (BearbeiterIn):

 **Deutsche
AIDS-Stiftung**

Mittelvergabe

Markt 26

53111 Bonn

mv@aids-stiftung.de

Tel.: 02 28/60 46 9-21/-23/-24/-26

Fax: 02 28/60 46 9-96