

Antrag auf Unterstützungsleistung

Erkranktes Kind

Vorname, Nachname

Geburtsdatum

Antragsteller/in

Vorname, Nachname

Mutter, Vater, Erziehungsberechtigte/r

Vorname, Nachname

zweiter Elternteil (optional)

Strasse

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon

Bankverbindung

Vertretung Antragsteller/in

Spital/Krankenhaus

oder andere Institution

Vorname, Nachname

Fachkraft Sozialdienst

Adresse

E-Mail

Telefon

Situation Kind

Diagnose,
Krankheitsverlauf

Situation Familie

Familiäre und finanzielle
Verhältnisse
Warum wird Unterstützung benötigt?

Monatliche Einkünfte				Währung	CHF	EUR
Familienhaushalt insgesamt						
Nettoeinkommen Antragsteller/in	Lohn/ Gehalt Arbeits- losengeld	aus selbst. Arbeit Kranken- geld	Pension/ Rente			
Nettoeinkommen zweiter Elternteil (optional)	Lohn/ Gehalt Arbeits- losengeld	aus selbst. Arbeit Kranken- geld	Pension/ Rente			
Nettoeinkommen anderer im Haushalt lebender Personen z. B. Lehre, mehrere addieren	Lohn/ Gehalt Arbeits- losengeld	aus selbst. Arbeit Kranken- geld	Pension/ Rente			
Familienzulagen/Kindergeld						
Unterhaltszahlungen/Alimente						
Ergänzungsleistungen/Zusatzrenten						
Elterngeld						
Pflegegeld						
Wohngeld						
Mieteinnahmen						
Kapitalerträge Zinsen, Dividenden, Veräußerungen						
Sonstige Einkünfte bitte benennen						
Monatliche Einkünfte total						
Vermögen						
Schulden						
Nettovermögen Vermögen abzüglich Schulden						

Krankheitsbedingte Mehrkosten auf nächster Seite eintragen.
 Bei variablen Ausgaben typischen Durchschnittswert bilden.
 Jährliche Zahlungen auf einen Monat umrechnen.

Monatliche Ausgaben	Währung	CHF	EUR
Familienhaushalt insgesamt			
Lebensmittel			
Essen, Getränke (zu Hause, auswärts)			
Miete oder Hypothek			
einschliesslich Nebenkosten (Heizung, Strom etc.)			
Kommunikation			
Internet, TV, Telefon, Medienabgaben			
Mobilität			
ÖV/ÖPNV-Tickets, Tanken (ohne Fahrzeugsteuern/-versicherungen)			
Kinderbetreuung			
Kita/Hort (ohne krankheitsbedingte Mehrkosten)			
Unterhaltszahlungen/Alimente			
Ratenzahlungen			
Kredite, Leasing; bitte benennen			
Gesundheit			
Eigenanteil (Selbstbehalt/Franchise) für Behandlung, Medikamente			
Krankenversicherung			
Prämien/Beiträge aller Familienmitglieder			
Weitere Versicherungen			
bitte benennen (z. B. Lebens-/ Unfall-/Fahrzeugversicherung; ohne Sparverträge)			
Steuern			
alle; einschliesslich Fahrzeuge, Kirche			
Freizeit, Reisen			
Sport, Unterhaltung, Erholung, Unterkunft (ohne Mobilität, Lebensmittel)			
Sonstige Konsumausgaben			
Bekleidung, Geräte, Möbel, Spielzeug etc.			
Sonstige Ausgaben			
bitte benennen			
Monatliche Ausgaben total			

Krankheitsbedingte Mehrkosten

keine Übernahme durch Krankenversicherung/andere

Voraussichtlicher Zeitraum in dem die Mehrkosten anfallen	seit/ab	bis	Währung	CHF	EUR
Fahrten	km à				
ambulante Behandlungen, Besuche	0.60 CHF (CH)	0.42 EUR (DE/AT)			
Verpflegung, Unterkunft <u>der Eltern in der Klinik</u>					
Medizinische Hilfsmittel, Spezialernährung <u>für das erkrankte Kind</u>					
Geschwisterbetreuung, Haushaltshilfe, Pflegedienste					
Lohnausfall					
Differenz zum Nettolohn bei Teilzeit, Betreuungs- urlaub, unbezahltem Urlaub, Krankengeld o. Ä.; Gesamtsumme (über mehrere Monate)					
Sonstige Mehrkosten					
bitte benennen					

Krankheitsbedingte Mehrkosten total

Weitere Unterstützung

anderweitig beantragte und/oder
erhaltene finanzielle Mittel; Organisation
und Gesamtbetrag bitte benennen

Beantragter Unterstützungsbetrag

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in oder Vertretung

Der/die Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass alle gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.
Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Die Bearbeitung dieses Antrags setzt voraus, dass die separate Einwilligungserklärung (Anhang) ebenfalls unterschrieben und eingereicht wird.



Ergänzende Angaben

Einwilligungserklärung zum Antrag auf Unterstützungsleistung

nach Art. 9, 13, 14 DSGVO

Datenverarbeitung

Wir erheben personenbezogene Daten von Unterstützungsbedürftigen Eltern, Kindern und Jugendlichen für die Prüfung ihres Unterstützungsantrages und bitten durch Unterzeichnung um ihre Einwilligung.

In unseren Datenverzeichnissen werden hierfür folgende teils sensible Datenkategorien nach Art. 9 aufbewahrt. Die Daten werden direkt bei den Betroffenen erhoben, nicht an Dritte weitergeleitet und zur Erfüllung von gesetzlichen Vorgaben mindestens zehn Jahre gespeichert.

Persönliche Daten

Von Kindern und Eltern: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Bankverbindung, E-Mail-Adresse, familiäre und finanzielle Hintergründe, Unterstützungsbeitrag.

Gesundheitsdaten

Von Kindern: Diagnose, Krankheitsbeschreibung, Gesundheitszustand.

Zusätzliche Angaben

Antragsteller/in, Mittelverwendung, Bemerkungen, Vorstandentscheid.

Ihre Rechte

Auskunft

Ihnen steht das Recht auf Auskunft über die Daten zu, welche wir von Ihnen speichern.

Berichtigung, Löschung, Einschränkung

Ihnen stehen die Rechte auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung und das Recht auf Datenübertragbarkeit in Bezug auf Ihre von uns gespeicherten Daten zu. Die Löschung Ihrer Daten ist aufgrund der gesetzlichen Speicherfrist von zehn Jahren erst nach Ablauf dieser Frist möglich.

Widerspruch

Ihnen steht auch nach Unterzeichnung dieser Einwilligung das Recht auf Widerspruch zu, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Beschwerde

Ihnen steht das Recht auf Beschwerde über die Datenverarbeitung zu. Kontakt- daten zur Aufsichtsbehörde in Liechtenstein finden Sie im Internet unter: www.dss.llv.li

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Unterschrift zweiter Elternteil (optional)