

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

Familienhaushalt insgesamt

Währung

CHF

EUR

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

Familienhaushalt insgesamt

Währung

CHF

EUR

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

seit/ab

bis

in dem die Mehrkosten anfallen

		Währung	CHF	EUR
Fahrten				
ambulante Behandlungen, Besuche	km à			
	0.60 CHF (CH)		0.42 EUR (DE/AT)	
Verpflegung, Unterkunft				
der Eltern in der Klinik				
Medizinische Hilfsmittel, Spezialernährung				
für das erkrankte Kind				
Geschwisterbetreuung, Haushaltshilfe, Pflegedienste				
Lohnausfall				
Differenz zum Nettolohn bei Teilzeit, Betreuungsurlaub, unbezahltem Urlaub, Krankengeld o. Ä.; Gesamtsumme (über mehrere Monate)				
Sonstige Mehrkosten				
bitte benennen				

Krankheitsbedingte Mehrkosten total

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, Vorstandsentscheid.

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. Kontaktdaten zur Aufsichtsbehörde in Liechtenstein finden Sie im Internet unter: www.dss.llv.li

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Unterschrift zweiter Elternteil (optional)