

Selbstauskunft

(bitte füllen Sie diese vollständig aus)

auf finanzielle Unterstützung durch die Elfi Breitsameter Stiftung

Antragsteller/in

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon/Fax

E-Mail

Geburtsdatum Familienstand

Anzahl Kinder Nationalität

Ich bitte um finanzielle Unterstützung für **folgende Maßnahme** (genaue Beschreibung)

.....
.....

Bitte legen Sie Kostenvoranschläge oder Rechnungen dem Antrag in Kopie bei.

Ich bin seit **auf den Rollstuhl angewiesen** wegen/weil (bitte kurz die Krankheit oder Unfall beschreiben)

.....
.....
.....

Als Nachweis liegt bei:

- () ärztliches Attest, das bestätigt, dass ich dauerhaft auf den Rollstuhl angewiesen bin
- () Kopie des Behindertenausweises

Mit meinen eigenen Mitteln kann ich die notwendige Maßnahme nicht finanzieren.

Meine wirtschaftliche Situation stellt sich wie folgt dar:

Monatliches Einkommen des Antragstellers/in und des Partners/in (bei Antragstellern, die noch bei den Eltern leben, auch das Einkommen der Eltern)

- () Entgelt aus selbstständiger Arbeit oder unselbstständiger Tätigkeit €
- () Rente €
- () Grundsicherung/Hartz IV, () Arbeitslosengeld, () Übergangsgeld €
- () Kindergeld für Kind(er) €
- () Pflegegeld, () Krankengeld €
- () sonstige Einkünfte (Miete, Zinsen usw.) €
- Gesamteinkommen** €

Vermögen des Antragstellers/in und des Partners/in (bzw. der Eltern)

- () Barvermögen (Bank- oder Sparguthaben, Aktienbesitz) €
- () Bausparverträge, Lebensversicherungen €
- () Haus- und Grundbesitz €
- () Sonstiges €
- Gesamtvermögen** €

Schulden des Antragstellers/in des Partners/in (bzw. Eltern)

- Darlehen/Hypotheken
.....
-
- Gesamthöhe der Schulden €
- Abzuzahlen bis in monatlichen Raten von €

Regelmäßige monatliche Ausgaben

() Miete €

() Lebenshaltung €

() Pflegekosten €

() Krankenkasse, () Versicherungen €

Sonstiges (Heizung, Strom, Telefon, Wasser) €

Gesamtausgaben €

Summe monatliche Einkünfte €

Summe monatliche Rückzahlung von Schulden €

Summe monatliche Ausgaben €

Monatlicher Verbleib €

Bemerkungen

.....
.....
.....

Ich versichere, dass die Angaben wahr und vollständig sind. Bei unrichtigen Angaben verpflichte ich mich die gegebenen Leistungen zurück zu erstatten.

.....
Ort, Datum

.....
Antragsteller/in