



## Neuantrag

(Pro Haushalt nur ein Antrag!)  
Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Herr  Frau  divers

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, HNr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Familienstand (ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden und eingetragene Lebenspartnerschaft): \_\_\_\_\_

Weitere Haushaltsangehörige: \_\_\_\_\_ Erwachsene \_\_\_\_\_ Kinder

### Vorname(n)

1. \_\_\_\_\_  m  w  d Geb.datum: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit (ab 14 Jahre): \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  m  w  d Geb.datum: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit (ab 14 Jahre): \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_  m  w  d Geb.datum: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit (ab 14 Jahre): \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_  m  w  d Geb.datum: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit (ab 14 Jahre): \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_  m  w  d Geb.datum: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit (ab 14 Jahre): \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_  m  w  d Geb.datum: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit (ab 14 Jahre): \_\_\_\_\_

Falls weitere Personen, bitte auf der Rückseite vermerken.

Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben zu meiner Person, sowie zu den weiteren Haushaltsangehörigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers



# MediK-Hilfe e.V.

Medizinische Hilfeleistungen

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Straße, HNr.: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Hilfsbedürftigkeit im Sinne des § 53 Nr. 1 und 2 Abgabenordnung ist gegeben, weil ich / wir folgende Einkünfte, die nachzuweisen sind, habe / n:

Arbeitslosengeld I (*)	€
Bürgergeld (*)	€
Sozialhilfe (*)	€
Wohngeldbescheid (*)	€
Hilfe zum Lebensunterhalt (*)	€
Bescheid Grundsicherung (*)	€
Rentenbescheid(e) oder Rentenmitteilung(en)	€
Lohn- oder Gehaltsabrechnungen (letzte 3 Monate)	€
Ausbildungsvergütung	€
Nebentätigkeit	€
Kindergeld	€
Kinderzuschlag	€
Elterngeld	€
Unterhalt / Unterhaltsvorschuss	€
Ehegattenunterhalt	€
Sonstiger Unterhalt	€
Sonstige Einkünfte	€
<b>Summe:</b>	€

## **AUSGABEN** (ausgenommen \*)

Miete	€
Sonstiges	€

## **VERMÖGEN** (ausgenommen \*)

Grundstücke	€
Wohneigentum	€
Miete / Pacht	€
Konten, Geldanlagen	€
Sonstiges Vermögen	€

## **VERSICHERUNGEN**

Zahnezusatz	€
Krankenhaustagegeld	€
	€

## **HILFE VON ANDEREN STELLEN**

	€
--	---



Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Straße, HNr.: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

---

**Um über Ihren Antrag entscheiden zu können, senden Sie uns bitte Kopien von folgenden Unterlagen:**

1. **Rechnung** Arzt, Zahnarzt, Krankenkasse oder sonstigen gesundheitlichen Einrichtung
2. **Personalausweis(e) (Vorder- und Rückseite)** von allen im Haushalt lebenden Personen
3. **Einkommensnachweise** (Jobcenter, Gehalt, Rente, etc) von allen im Haushalt lebenden Personen
4. **Mietvertrag** (ausgenommen \*)
5. **Nachweis(e) Vermögen** (ausgenommen \*) von allen im Haushalt lebenden Personen
6. **Nachweis(e) Versicherungen** von allen im Haushalt lebenden Personen
7. **Nachweis(e) Hilfe von anderen Stellen** von allen im Haushalt lebenden Personen

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich die Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich Änderungen meiner finanziellen Verhältnisse unaufgefordert mitteilen muss und bei Bedarf eine Haushaltsbestätigung erbeten werden darf. Die ausstellenden Stellen tauschen Daten aus um einen Doppelbezug auszuschließen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers



Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Straße, HNr.: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

---

### **Einwilligung zur Datenverarbeitung nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)**

Sie möchten Leistungen der MediK-Hilfe e.V. in Anspruch nehmen.

Die MediK-Hilfe e.V. ist aufgrund ihrer satzungsmäßigen Tätigkeit von den Finanzbehörden wegen der Verfolgung gemeinnütziger/mildtätiger Zwecke als steuerbegünstigt anerkannt. Dadurch ist die MediK-Hilfe e.V. gegenüber der Finanzverwaltung verpflichtet nachzuweisen, dass sie Mittel des Vereins auch für Hilfsbedürftige einsetzt. Nach den Anforderungen der Finanzverwaltung muss die MediK-Hilfe e.V. an Hand ihrer Unterlagen nachweisen, dass die Höhe der Einkünfte und Bezüge sowie das Vermögen der unterstützten Personen die gesetzlich festgelegten Grenzen nicht übersteigen. Erhalten Sie Leistungen nach dem SGB II, SGB XII, WoGG, § 27a BVG oder nach dem § 6a BKKG, führen Sie den Nachweis Ihrer Bezugsberechtigung durch Vorlage des für den Empfangszeitraum maßgeblichen Leistungsbescheides oder eine Bescheinigung des Sozialleistungsträgers über den Leistungsbezug.

### **Dafür erhebt die MediK-Hilfe e.V. von Ihnen folgende persönlichen Daten:**

- Ihr vollständiger Vor- und Zuname, Ihr Geburtsdatum und -ort, sowie Ihre Anschrift. Sofern Sie auch Leistungen für weitere im Haushalt lebende Personen erhalten wollen, auch deren vollständiger Vor- und Zuname, deren Geburtsdatum und -ort und deren Anschrift.
- Entweder Ihre von Ihnen darzulegenden Einkommens- und Vermögensverhältnisse, oder aber die Daten des von Ihnen vorzulegenden Leistungsbescheides nach dem SGB II, SGB XII, WoGG, § 27a BVG oder nach § 6a BKKG oder der Bescheinigung des Sozialleistungsträgers (Ausstellungsbehörde, Ausstellungsdatum, Aktenzeichen, Geltungszeitraum, berechnete Personen).

Die MediK-Hilfe e.V. nutzt diese Daten ausschließlich für die Kontrolle Ihrer Berechtigung zum Erhalt von Leistungen der MediK-Hilfe e.V. und zum Nachweis Ihrer Berechtigung gegenüber der Finanzverwaltung.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihre Einwilligung, dass die oben genannten Daten erhoben, nach der vorgenannten Maßgabe verarbeitet und genutzt sowie ggf. eine Kopie Ihrer Unterlagen aufbewahrt werden darf. Die Daten werden nach einjährigem Fristablauf nach Antragstellung von der MediK-Hilfe e.V. gelöscht, nicht aber bevor die steuerrechtlichen Aufbewahrungsfristen abgelaufen sind.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Antragstellers