

An Selbstbestimmt Autistisch 2019 e.V. / LAAMKA Zentrum i.A.  
 Dreschhallenweg 4  
 76351 Linkenheim  
 Hochstetten

Spendenkonto  
 Sparkasse Karlsruhe  
 IBAN  
 DE82660501010108314519  
 BIC KARSDE66xxx

Antrag auf einmalige Unterstützung in Form einer Spende

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag per Post an obige Adresse. Sofern Sie die kompletten Unterlagen per Mail senden möchten, geschieht dies ausschließlich auf Ihren eigenen Wunsch. Wir können nur Anträge per Mail annehmen die alle Unterlagen enthalten.  
 Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

<hr/> <b>Betroffener*</b> (Angaben bitte in Druckbuchstaben) <hr/>		Posteingang
		Vorgangsnr.
		Nur für interne Zwecke
Titel, Vorname, Name: <hr/>		
Straße, Hausnummer: <hr/>		
PLZ, Ort: <hr/>		
Telefonnummer: <hr/>		Geburtsdatum: <hr/>
E-Mail: <hr/>		
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich
		<input type="checkbox"/> Divers
Familienstand:	<input type="checkbox"/> Ledig	<input type="checkbox"/> Verheiratet
		<input type="checkbox"/> Verpartnert
Geschieden	<input type="checkbox"/> Verwitwet	<input type="checkbox"/> Getrenntlebend

<hr/> <b>Antragsteller</b> <hr/>		
		Nur für interne Zwecke
Zwecke (Nur ausfüllen, wenn der Betroffene den Antrag nicht selbst stellt)		
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Ehegatte
		<input type="checkbox"/> Betreuer

Titel, Vorname, Name: 

---

Straße, Hausnummer: 

---

PLZ, Ort:

**Folgende Personen gehören zum Haushalt**

Vorname, Name des Ehegatten / Lebensgefährten:

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Vorname, Name der Eltern:

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Vorname, Name der Kinder:

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Vorname, Name anderer Personen:

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Bankguthaben**

Ja      Höhe des gesamten Bankguthabens aller im Haushalt lebenden Personen: €

\_\_\_\_\_

(Bitte Nachweise beifügen)

Nein

**Monatliches Nettoeinkommen aller Personen, die zum Haushalt gehören**

	Betroffener	Ehegatte	Eltern	Kinder	Andere
Grundsicherung:					
Bürgergeld:					
Lohn/Gehalt:					
Arbeitslosengeld 1:					
Krankengeld:					
Rente:					
Kindergeld:					



Unterhalt:

Wohngeld:

Pflegegeld:

Mieteinnahmen:

Sonstige Einnahmen:

Regelmäßige monatliche Ausgaben aller Personen die zum Haushalt gehören Bitte alle viertel-, halb- oder jährlichen Ausgaben auf den Monat umrechnen Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Kosten für Therapien, Medikamente oder medizinische Hilfsmittel nicht berücksichtigt werden können.

### Haushaltsplan

<b>Mieter</b>		Haftpflichtversicherung:	€
Gesamtmiete:	€	Hausratversicherung:	€
Garage:	€	Rechtsschutzversicherung:	€
		Unfallversicherung:	€
<b>Hausbesitzer</b>		Lebensversicherung:	€
Hausbelastung:	€	Sterbeversicherung:	€
Grundsteuer:	€	Private Kranken- / Pflegeversicherung:	€
Wasser/Abwasser:	€	Riester Vertrag:	€
Müll:	€	KFZ-Versicherung:	€
Schornsteinfeger:	€	KFZ-Steuer:	€
Wartung Heizung:	€	ADAC o. ä.:	€
Heizungskosten:	€	Fahrkarte:	€
Wohngebäudeversicherung:	€	Unterhaltszahlungen:	€
<b>Sonstiges</b>		Kinderbetreuungskosten	
Telefon / GEZ Gebühren / Internet:	€	ohne Verpflegung	€
Bausparvertrag:	€	Haushaltshilfe / Pflegedienst:	€
Strom:	€	Ratenzahlungen:	€

Ort, Datum:

Unterschrift des Betroffenen:

Mit der Unterschrift versichert der Betroffene die Richtig- und Vollständigkeit der Angaben.

Um den Antrag zügig bearbeiten zu können und um Rückfragen zu vermeiden, benötigen wir :

- Eine aktuelle, vom zuständigen Arzt unterzeichnete Bescheinigung über die Diagnose bzw das jeweilige Hilfsmittel.

- Wenn Sie Sozialleistungen erhalten, eine vollständige Kopie des aktuellen Bescheides über Sozialleistungen einschließlich des Berechnungsbogens
- Ein eigenes Schreiben über Ihre Situation und das Hilfsmittel/Fördermittel

---

**Bestätigung und einen Sozialbericht (Mitglieder benötigen diesen nicht)**

---

Hiermit werden obige Angaben zu den monatlichen Nettoeinkommen, regelmäßigen monatlichen Ausgaben bestätigt.

Titel, Name, Vorname:

Dienststempel:

---

---

Ort, Datum:

Unterschrift:

---

---

#### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Die von Ihnen uns zur Verfügung gestellten personenbezogenen – zum Teil auch sensiblen Daten – verarbeiten wir gemäß der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) Artikel 6 Abs. 1 „Rechtmäßigkeit der Verarbeitung“ und Artikel 9 Abs. 2 (a) „Ausdrückliche Einwilligung“ und Abs. 2 (b) „Verarbeitung in Härtefällen für eine Spende“.

Verantwortliche Stelle im Sinne des Datenschutzrechts ist Selbstbestimmt Autistisch 2019 e.V. Dort erreichen Sie auch unseren Datenschutzbeauftragten.

Wir bitten Sie uns nur Kopien zu senden. Bei einer Genehmigung werden Ihre personenbezogenen Daten nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert. Danach erfolgt die Vernichtung beziehungsweise Anonymisierung all Ihrer uns zur Verfügung gestellten Daten. Im Falle einer Ablehnung Ihres Antrages werden wir Ihre personenbezogenen Daten noch 8 Monate in unserem EDV-System vorhalten. Wir geben Ihnen damit die Möglichkeit, bei einer Änderung Ihrer wirtschaftlichen Situation so unbürokratisch wie nur möglich, einen Neuantrag zu stellen. Nach dieser Speicherdauer von 8 Monaten erfolgt natürlich auch hier die Vernichtung bzw. Anonymisierung Ihrer Daten.




---

**WICHTIG !**


---

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift erkläre ich mich einverstanden in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten in meinem Antrag. Des Weiteren gebe ich meine ausdrückliche Einwilligung in die Verarbeitung besonders sensibler Daten wie zum Beispiel Sparguthaben, Einkommen usw. sowie gesundheitlicher Angaben und beigelegter Dokumente. Meine ausdrückliche Einwilligung gebe ich weiterhin, im Falle einer Ablehnung meines Antrages in die Speicherung meiner personenbezogenen und sensiblen Daten für die Dauer von 8 Monaten.

Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen kann. In diesem Falle werden alle Daten und vorhanden Unterlagen – soweit möglich – vernichtet oder anonymisiert.

Weitere Informationen unter anderem zu Ihren Rechten auf Auskunft, Berichtigungen und Beschwerden erhalten Sie im persönlichen Gespräch

Ort, Datum:

---

Unterschrift des Betroffener:

Unterschrift Betroffene:

---

Eltern, Betreuer oder Bevollmächtigter:

---



---

\* Aus Gründen der Lesbarkeit wird im gesamten Dokument bei der Bezeichnung von Personengruppen die männliche Person verwendet; selbstverständlich sind dabei alle Geschlechtsformen eingeschlossen.  
Stand Februar 2024

---

---