

Antrag auf eine freiwillige Hilfeleistung (Fürsorge) des Ärztlichen Hilfswerks der Ärztekammer Nordrhein

1. Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Mitgliedsnummer (soweit bekannt): _____

Erwerbstätigkeit: aktuell ja aktuell nein

Familienstand:

ledig verheiratet verwitwet geschieden eingetragene Lebenspartnerschaft

eingetragene Lebenspartnerin/eingetragener Lebenspartner verstorben

eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben

Antrag: auf einmalige Hilfeleistung auf fortlaufende Hilfeleistung

2. Angaben zu Angehörigen 1. Grades* sowie (soweit vorhanden) zum Ehe- / Lebenspartner

| Name, Vorname | Geburtsdatum | Verhältnis zum Antragstellenden | Bruttomonatseinkommen in Euro |
|---------------|--------------|---------------------------------|-------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise zum Bruttomonatseinkommen bei.

* Angehörige 1. Grades sind Eltern und Kinder.

3. Angaben zu persönlichen Verhältnissen

| Einkünfte* | Euro pro Monat (brutto) | Ausgaben* | Euro pro Monat |
|------------|----------------------------|-----------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei.

* Einkünfte sind u.a. Bezüge aus selbständiger oder nichtselbständiger Arbeit, Rentenleistungen, Sozialleistungen, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, sonstige Einnahmen oder Unterstützungsleistungen etc. / Ausgaben sind geleistete Unterhaltsverpflichtungen, bestehende Mietkosten, sonstige Ausgaben etc.

Angaben zu den generellen finanziellen Verhältnissen (Eigentum, Vermögenswerte):

Haben Sie anderweitige Hilfeleistungen (z. B. von anderen Hilfswerken oder Sozialträgern) beantragt?

Nein Ja, Folgende: _____

4. Kurzdarstellung und Glaubhaftmachung der bestehenden unverschuldeten Hilfsbedürftigkeit sowie zur Dauer der Hilfsbedürftigkeit

5. Erklärung der antragstellenden Person

- Mir ist bekannt, dass kein Rechtsanspruch auf die Gewährung der Hilfeleistung des Hilfswerks besteht.
- Etwaige Hilfeleistungen erfolgen ausschließlich auf Grundlage der Satzung sowie der Richtlinie für das Ärztliche Hilfswerk der Ärztekammer Nordrhein.
- Ich versichere, dass ich den notwendigen Lebensbedarf für mich und gegebenenfalls für meine unterhaltsbedürftigen Angehörigen wegen Alters, Invalidität oder Krankheit nicht ausreichend aus eigenen Mitteln und Kräften beschaffen kann und ihn auch nicht von Dritten erhalte oder erhalten kann.
- Jede Veränderung in meinen und in den Einkommens-, Vermögens- und Familienverhältnissen meiner unterhaltspflichtigen Angehörigen habe ich stets sofort und unaufgefordert dem Ärztlichen Hilfswerk anzuzeigen.
- Mir ist bekannt, dass ich erhaltene Leistungen zurückzahlen muss, sofern ich unrichtige Angaben zu meinen persönlichen Verhältnissen getätigt habe oder die Voraussetzungen für die Hilfeleistung ganz oder teilweise entfallen sind.
- Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.
- Mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Bearbeitung meines Antrags sowie zu Dokumentationszwecken bin ich einverstanden.

6. Bankverbindung der Antragstellenden Person

Sofern mir eine Hilfeleistung durch die Ärztekammer Nordrhein gewährt wird, bitte ich um Überweisung auf mein folgendes Privatkonto:

Kreditinstitut: _____

IBAN.: _____ BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person