



ANTRAG

auf Unterstützungsleistungen durch die Härtefallstiftung

Vorbemerkungen

1. Die Stiftung zahlt keine finanziellen Mittel im Sinne von Schmerzensgeld, einer Entschädigung oder eines Fonds, sondern nur zur Linderung oder Beseitigung einer zurückliegenden beziehungsweise einer konkret bestehenden und darzustellenden Notlage. Regelmäßig wiederkehrende Unterstützungsleistungen im Sinne zum Beispiel einer Rente sind ausgeschlossen.
2. Ein Rechtsanspruch auf Unterstützungsleistungen besteht nicht. Dies gilt auch in den Fällen, in denen eine versorgungsrechtliche Abwicklung nicht erfolgt ist. Umgekehrt begründen Leistungen der Stiftung keine Ansprüche gegenüber anderen Leistungsträgern.
3. Der Sozialdienst der Bundeswehr unterstützt Sie bei Bedarf und auf eigenen Wunsch bei der gesamten Antragsstellung. Über das Aufgabenspektrum des Sozialdienstes der Bundeswehr informiert Sie dessen Internetseite (www.sozialdienst.bundeswehr.de). Auf der Internetpräsenz finden Sie bei den Downloads das Sozialdienstverzeichnis mit den für Sie zuständigen Ansprechstellen. Die Geschäftsstelle der Deutschen Härtefallstiftung unterstützt Sie auf Wunsch bei der Suche nach den Ansprechstellen.
4. Bei Bedarf fügen Sie bitte weitere Seiten als Anlage bei oder nutzen die entsprechenden Rückseiten des Antrages.
5. Die Stiftung weist darauf hin, dass Bescheide und ähnliche Nachweise als Kopien im Rahmen Ihrer Mitwirkung beizubringen sind.

1. Die Antragstellung erfolgt als

- aktiver Angehöriger bzw. aktive Angehörige
- ehemaliger Angehöriger bzw. ehemalige Angehörige

bzw. als

- Hinterbliebene oder angehörige Person eines bzw. einer
 - aktiven Angehörigen
 - ehemaligen Angehörigen

bei der

- Bundeswehr
- Nationalen Volksarmee (NVA)

2. Im aktuellen beziehungsweise ehemaligen Status

- Berufssoldat bzw. Berufssoldatin
- Soldat bzw. Soldatin auf Zeit
- Grundwehrdienstleistender bzw. Grundwehrdienstleistende
- Freiwillig Wehrdienstleistender bzw. Wehrdienstleistende
- Reservedienst Leistender bzw. Leistende
- Beamter bzw. Beamtin oder Arbeitnehmer bzw. Arbeitnehmerin
- Sonstiges: _____

3. Nennen Sie bitte Ihre (dienstliche bzw. berufliche) Verwendung bzw. Tätigkeit

- keine Wehrdienstzeit

- keine Teilnahme an besonderer Auslandsverwendung

- keine aktuelle Verwendung beziehungsweise Tätigkeit oder Beschäftigung

Persönliche Daten des bzw. der aktiven bzw. ehemaligen Bundeswehr- oder NVA-Angehörigen

Nachname	Vorname	Familienstand
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Geburtsdatum
Letzte/Aktuelle Einheit	Dienstort	Personenkennziffer
Dienstgrad	Diensteintritt	Dienstzeitende

Wehrdienstverhältnis besonderer Art?

(Nachweise beifügen zum Beispiel Wehrdienstzeitbescheinigungen, Bescheide, Kommandierungen, Versetzungen und so weiter)

Nein

Ja, seit _____

Wir bitten um die Angabe des Todestags, sofern die geschädigte Person bereits verstorben ist. _____

Festnetztelefon	Mobiltelefon
E-Mail Adresse	

Bankverbindung

Name der Bank	Kontoinhaber/Kontoinhaberin
IBAN	BIC

Persönliche Daten des bzw. der Bevollmächtigten oder Angehörigen oder Hinterbliebenen (Als bevollmächtigte Person bitte eine Vollmacht in Kopie beifügen.)

Nachname	Vorname	Familienstand
Verhältnis zur oben genannten Person (zum Beispiel Ehefrau, Ehemann, Bruder, Schwester und so weiter)		
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Geburtsdatum
Festnetztelefon	Mobiltelefon	
E-Mail Adresse		

Bankverbindung (Bitte nur ausfüllen, wenn mögliche Unterstützungsleistung auf dieses Konto gezahlt werden soll.)

Name der Bank	Kontoinhaber/Kontoinhaberin
IBAN	BIC

Härtefallpräzisierung

4. Gibt es Gesundheitsstörungen im Zusammenhang mit den Tätigkeiten im Dienstverhältnis bzw. Arbeitsverhältnis?

ja, folgende: nein

Entsprechende Befunde und Arztberichte etc. sind als Kopie in Anlage beigefügt

ja nein, weil:

5. Sind bereits Anträge auf Anerkennung einer Wehrdienstbeschädigung oder zur Hinterbliebenenversorgung im Rahmen der Beschädigtenversorgung oder Ähnliches gestellt worden?

ja nein

Anmerkungen

Liegen Ihnen hierzu bereits Entscheidungen oder Bescheide vor? (Wenn ja, Kopien bitte beifügen)

ja nein

Anmerkungen

6. Nennen Sie bitte Ihre gesundheitlichen, beruflichen und/oder finanziellen Einschränkungen und beschreiben Sie deren Auswirkungen auf Ihre derzeitige Lebenssituation.

7. Mit welchen Unterstützungsleistungen kann Ihnen zur Verbesserung Ihrer aktuellen Lebenssituation nach Ihrer Einschätzung konkret geholfen werden?

(Bitte fügen Sie gegebenenfalls Verträge, Rechnungen, Kreditverträge, Kostenvoranschläge etc. als Kopie bei.)

Darstellung der wirtschaftlichen Lage beziehungsweise der Lebensverhältnisse

Die nachfolgenden Angaben sind für eine abschließende Prüfung zwingend erforderlich, um dem Vergabeausschuss eine Gesamtdarstellung der Lebensverhältnisse vorzustellen. Dabei sind alle Angaben zu den (regelmäßig) monatlich beziehungsweise jährlich eingehenden Geldern aufzulisten.

Bitte machen Sie die Angaben für alle Familienangehörigen und Personen, für die eine Unterhaltsverpflichtung besteht beziehungsweise die mit Ihnen zusammen in einer Bedarfsgemeinschaft leben.

8. Netto Einkommen des Antragstellers in EURO [Bitte Belege, Nachweise sowie Einkommenssteuerbescheide (nicht älter als zwei Jahre) als Kopie beifügen.]

Bitte geben Sie den **monatlichen Betrag** an.

Nichtselbstständige Arbeit: _____

Ehegattenunterhalt: _____

Selbstständige Arbeit: _____

Kindesunterhalt: _____

Vermietung und Verpachtung: _____

Rente/Pension: _____

Kapitalvermögen:
(Zins- und Dividendenerträge) _____

Witwen-/Witwerrente: _____

Kindergeld/Kinderzuschlag:
(Gesamtbetrag für alle Kinder) _____

Arbeitslosengeld I/II/
Grundsicherung: _____

Wohngeld-/Lastenzuschuss: _____

Elterngeld: _____

Leistungen nach WDB, SVG o.ä.: _____

Sonstige: (z. B. Pflegegeld) _____

Gesamteinnahmen I: _____

Einkommen der Kinder

Geburtsdatum	Einkommen
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Geburtsdatum	Einkommen
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Gesamteinnahmen Kinder: _____

9. Netto Einkommen in EURO der Ehegattin/des Ehegatten, der Lebenspartnerin/des Lebenspartners, der Lebensgefährtin/des Lebensgefährten oder weiterer Personen, sofern sie in der Bedarfsgemeinschaft leben.
 [Bitte fügen Sie entsprechende Kopien der letzten Einkommensteuerbescheide (nicht älter als zwei Jahre) des Finanzamtes bei.]

Bitte geben Sie den **monatlichen Betrag** an.

Nichtselbstständige Arbeit:	_____	Ehegattenunterhalt:	_____
Selbstständige Arbeit:	_____	Kindesunterhalt:	_____
Vermietung und Verpachtung:	_____	Rente/Pension:	_____
Kapitalvermögen: (Zins- und Dividendenerträge)	_____	Witwen-/Witwerrente:	_____
Kindergeld/Kinderzuschlag: (Gesamtbetrag für alle Kinder)	_____	Arbeitslosengeld I/II/ Grundsicherung:	_____
Wohngeld-/Lastenzuschuss:	_____	Elterngeld:	_____
Leistungen nach WDB, SVG o.ä.:	_____	Sonstige: (z. B. Pflegegeld)	_____
Gesamteinnahmen II:	_____		

10. Angaben zum Vermögen aller in der Bedarfsgemeinschaft lebender Personen

(bitte Belege oder Nachweise als Kopie beifügen)

Grundbesitz (Eigenheim, Wohnung, Grundstück oder ähnliches)

nein ja
 selbst genutzt vermietet/verpachtet leer stehend

Art des Besitzes

Sparvermögen

Sparverträge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Bausparverträge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Kapitalbildende Versicherungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sonstiges	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Bitte erläutern, falls Sparvermögen vorliegt

11. Ausgaben in EURO aller in der Bedarfsgemeinschaft lebender Personen

Bitte geben Sie den **monatlichen Betrag** an.

Miete:	_____	KFZ Kosten: (Benzin, Wartung etc.)	_____
Strom:	_____	KFZ Steuer:	_____
Sonstige Nebenkosten:	_____	KFZ Versicherung:	_____
Ehegattenunterhalt:	_____	Hobbies:	_____
(bitte Belege/Nachweise als Kopie beifügen)			
Kindesunterhalt:	_____	Haushalt:	_____
(bitte Belege/Nachweise als Kopie beifügen)			
Zeitungen:	_____	Hygieneartikel:	_____
Radio/Fernsehen:	_____	Internet/Telefon:	_____
Sonstige:	_____		
Sonstige:	_____		
Sonstige:	_____		
Sonstige:	_____		
Sonstige:	_____		
Sonstige:	_____		
Sonstige:	_____		

Gesamtausgaben I: _____

(Bitte Belege oder Nachweise nur nach Aufforderung durch die Härtefallstiftung vorlegen)

12. Ausgaben in EURO - Kredite, Hypotheken und so weiter

(Bitte Belege oder Nachweise nur nach Aufforderung durch die Härtefallstiftung vorlegen)

Verwendungszweck	Institut	monatlicher Betrag
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Gesamtausgaben II:		_____

Gesamteinnahmen: _____

Gesamtausgaben: _____

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Vorname, Name des Antragstellers/der Antragstellerin

geboren am

geboren in (PLZ, Ort, Land)

Ich erkläre hiermit die **Einwilligung im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes** [ab dem 25. Mai 2018: im Sinne der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU DSGVO)], dass im Rahmen meines Antrages bei der Deutschen Härtefallstiftung

- die in dem Antrag enthaltenen personenbezogenen Daten einschließlich der Gesundheitsdaten innerhalb der Deutschen Härtefallstiftung zur Bearbeitung und Entscheidung meines Antrags erhoben, verarbeitet und gespeichert werden.
- die in dem Antrag enthaltenen personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten an die jeweils zuständigen Versorgungsbehörden des Bundes und der Länder (Unfallversicherung Bund und Bahn (UVB), Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr (BAPersBw) oder Bundesverwaltungsamt (BVA) Außenstelle Strausberg) übermittelt werden, wenn und soweit dies erforderlich ist, um weitere für das Antragsverfahren erforderliche Auskünfte einzuholen.

Die datenschutzrechtliche Einwilligung gilt auch für die personenbezogenen Daten minderjähriger Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr, für die mir das Personensorgerecht zusteht, wenn und soweit für diese ebenfalls ein Antrag an die Deutsche Härtefallstiftung gerichtet wurde. Eine weitere Einverständniserklärung ist zusätzlich von allen Familienmitgliedern ab dem vollendeten 16. Lebensjahr auszufüllen und zu unterzeichnen, sofern für diese Familienmitglieder ebenfalls ein Antrag an die Deutsche Härtefallstiftung gerichtet wird. Die entsprechenden Kopien erstellen Sie in diesem Fall bitte selbst und fügen diese dem Antrag als Anlage bei.

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung freiwillig und jederzeit widerrufbar ist, ihr Fehlen jedoch dazu führen kann, dass der Antrag nicht weiterbearbeitet werden kann beziehungsweise wegen unvollständiger Entscheidungsgrundlage abgelehnt werden muss.

Ort

Datum, Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

Abschließende Erklärung

Hiermit bestätige ich abschließend die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich bin mir bewusst, dass Leistungen der Stiftung, die aufgrund wahrheitswidriger Angaben geleistet wurden, zurückzuzahlen sind.

Ort

Datum, Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

Bitte senden Sie Ihren **Antrag und die erforderlichen Kopien** an die folgende Anschrift:

Deutsche Härtefallstiftung

Fontainengraben 150, Haus 104

53123 Bonn

Unabhängig von der Übersendung des Antrages per E-Mail, muss der Antrag per Post mit Originalunterschriften übersandt werden.

Sie erhalten innerhalb von 14 Tagen nach Antragsingang bei der Deutschen Härtefallstiftung eine schriftliche Eingangsbestätigung.

Zum Schluss möchten wir Sie um Ihre Mithilfe bitten.

Zur Verbesserung unserer Öffentlichkeitsarbeit möchten wir Sie fragen, wie Sie auf die Deutsche Härtefallstiftung aufmerksam geworden sind.

- Kameraden, Kollegen oder Vorgesetzte
- Truppenarzt
- Sozialdienst der Bundeswehr
- Militärseelsorge
- Verbände oder Interessengruppen
- Internet (Homepage oder Facebook oder Instagram etc.)
- Sonstiges _____

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mitwirkung!