|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|       |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | 03.11.2020 |
| Absender / Adresse der Einrichtung |  |  |  | Datum |

Diakonisches Werk Bayern

Allgemeine Fondsverwaltung

Frau Tanja Doreth

Pirckheimerstraße 6

90408 Nürnberg

**ANTRAG AUF EINZELFALLHILFE**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Fonds §§ 218/219 *(0 – 3 Jahre)* | Antrags-Nr.       |
| [ ]  Fonds Familien in Not *(ab 3 Jahre)* | Antrags-Nr.       |
| [ ]  Sonstiger Fonds für Hilfebedürftige | Antrags-Nr.       |

1. **Angaben zur Person:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name/Kürzel:      *(Vorname und 1. Buchstabe des Nachnamens, z. B. Anna C.)* | Familienstand:       |
| Geburtsdatum Klient\*in:       | Staatsangehörigkeit:       |
| Schwangerschaftswoche oder Geburtstermin:       |

**Im Haushalt der Klientin/des Klienten lebende/s Kind/er: Bitte Alter oder Geburtsdatum angeben**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Kind:       | 5. Kind:       |
| 2. Kind:       | 6. Kind:       |
| 3. Kind:       | 7. Kind:       |
| 4. Kind:       | 8. Kind:       |

1. **Angaben zum derzeitigen Wohnort:**

|  |  |
| --- | --- |
| eigene Wohnung | [ ]  Ja [ ]  Nein  |
| Sonstiges:       |

1. **Anderweitig beantragte Zuschüsse:**

*(z.B. Landesstiftung Mutter und Kind, Leistungen nach SGB II und SGB XII, AsylbLG, Sonstiges)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| bei wem?       | € |       |
| für was?       |
| bei wem?       | € |       |
| für was?       |
| bei wem?       | € |       |
| für was?       |

1. **Der beantragte Zuschuss wird benötigt für:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       | € |       |
|       | € |       |
|       | € |       |
|       | € |       |
|       | € |       |
|       | € |       |
|       | € |       |
|       | € |       |
| **Gesamtsumme** | € |  |

1. **Kurze Begründung des Antrages:**

|  |
| --- |
|       |

1. **Bankverbindung der Einrichtung:**

|  |
| --- |
| Kontoinhaber:       |
| IBAN:       | Verwendungszweck:       |

1. **Bestätigung der Einrichtung (4-Augen-Prinzip):**

Hiermit wird bestätigt, dass

* sich der/die Klient\*in in einer akuten Notlage befindet.
* vor der Antragstellung alle anderen der Fach-/Sachberatung der Einrichtung bekannten Mittel

(z.B. Landesstiftung Mutter und Kind und sonstige unterstützende Stiftungen vor Ort, gesetz-

liche Leistungen, Krankenkassenleistungen, Spenden, Weihnachtsaktionen der Zeitungs-

verlage, sonstige Fonds, Sonstiges) ausgeschöpft wurden.

* die Fach-/Sachberatung der Einrichtung dafür Sorge trägt, dass die Mittel zweckentsprechend verwendet werden und eine Doppelfinanzierung vermieden wird.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       |       |            |  |
| Datum | Name der Fach-/Sachbe-ratung der Einrichtung(Druckschrift) | TelefonE-Mail | Unterschrift der Fach-/Sachbe-ratung der Einrichtung |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       |       |            |  |
| Datum | Name der Einrichtungs-/Stellenleitung(Druckschrift) | TelefonE-Mail | Unterschrift der Einrichtungs-/ Stellenleitung |