

## Antragsformular für das medizinische Hilfsprogramm

Antragsteller: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Monat/Tag/Jahr)

Adresse: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

**Haushaltsgröße:** Anzahl der Familienmitglieder (einschließlich Sie), die in Ihrem Haushalt leben. Gesamtzahl : \_\_\_\_\_

---

**Haushaltseinkommen (monatlich):** Gesamtbruttoeinkommen (vor Abzug oder Steuern) aller Familienmitglieder im Haushalt. Alle zutreffenden Einkommensarten ankreuzen :

- Erwerbseinkommen/Lohn
- Arbeitslosengeld
- Erwerbsunfähigkeitseinkommen / Invalidenrente / Berufsunfähigkeitsrente
- Unterhalt/Kindergeld
- Rente oder Ruhegehalt
- Sozialhilfe

Betrag : \_\_\_\_\_ Währung : \_\_\_\_\_

---

**Haushaltsgesamtausgaben (monatlicher Durchschnitt):** Bitte geben Sie eine grobe Schätzung all Ihrer monatlichen Lebensunterhaltungskosten (z.B. Wohnungsmiete, Krankenversicherung, Heizung/Wasser) an.

Betrag : \_\_\_\_\_ Währung : \_\_\_\_\_

---

**Medizinischer Finanzantrag für:**

- Honorar für Konsultation mit einem Facharzt
  - Genetischer Test (Invitae PID-Panel – 407 Genen)
  - Verschreibungspflichtige Medikamente
  - Fahrtkosten zum Spezialisten (inkl. Unterkunft)
  - medizinische Kosten, die von Betroffenen bzw. Eltern selbst getragen werden müssen (nicht erstattungsfähige Kosten)
  - Sonstiges, bitte angeben
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

beantragter Betrag: \_\_\_\_\_ Währung : \_\_\_\_\_

---

Ich erkläre hiermit, dass alle oben ausgeführten Angaben in diesem Antragsformular in allen Punkten wahrheitsgemäß und korrekt sind. Ich stimme auch zu, alle Dokumente zur Verfügung zu stellen, die die FMF & AID für notwendig hält, um die Richtigkeit der oben genannten Informationen zu beweisen. Die Informationen in diesem Formular werden NICHT an Dritte weitergegeben. Wenn Sie zu irgendeinem Zeitpunkt möchten, dass wir dieses Formular mit Ihren Daten vernichten, teilen Sie uns dies bitte mit und es wird sofort erledigt.

Durch das Ausfüllen dieses Formulars akzeptiere ich hiermit, dass die FMF & AID Global Association der alleinige Schiedsrichter bei der Entscheidung ist, ob eine Finanzierung bereitgestellt wird oder nicht.

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Anmerkung :** Im Falle einer erfolgreichen Bewerbung werden Sie per E-Mail informiert. Der von FMF & AID gespendete Betrag liegt allein in ihrem Ermessen.