

Antrag auf Unterstützung

NACHBARN HELFEN



Eine Aktion der
Borkener Zeitung &



Name _____ Geb.-Name _____ Vorname _____
 Straße _____ PLZ/Wohnort _____ Telefon _____
 Geb.-Datum _____ Fam.-Stand _____ Nationalität _____
 Name & Vorname des Partners _____
 Anzahl u. Alter der Kinder _____ / _____ Personen im Haushalt _____

Beruf Antragsteller/in _____ ja nein
 Beruf Haushaltsangehörige _____ ja nein

Kirchengemeinde _____ Ansprechpartner _____
 Betreuung sozialer Dienstleister _____ Ansprechpartner _____

monatl. Nettoeinkommen von <small>(Bitte Belege beifügen)</small>	Antragsteller/in	Partner/in	weiteren Personen im Haushalt
Gehalt/Lohn _____	_____	_____	_____
Arbeitslosengeld _____ <small>seit _____</small>	_____	_____	_____
Krankengeld _____ <small>seit _____</small>	_____	_____	_____
Rente _____ <small>welche _____</small>	_____	_____	_____
Grundsicherung (SGB XII) _____ <small>Gesamtanspruch incl. Direktzahlungen d. Amtes</small>	_____	_____	_____
ALG II (SGB II) _____ <input type="checkbox"/> incl. Zuschlag <small>Gesamtanspruch incl. Direktzahlungen d. Amtes</small>	_____	_____	_____
Wohngeld _____	_____	_____	_____
Kindergeld _____	_____	_____	_____
Elterngeld _____	_____	_____	_____
Kinderzuschlag (§ 6a BKGG) _____	_____	_____	_____
Unterhalt _____	_____	_____	_____
sonstige Einnahmen _____ <small>z. B. Pflegegeld, Blindengeld, Mieteinnahmen etc.</small>	_____	_____	_____
Einnahmen _____	_____	_____	_____

Feste monatliche Ausgaben
(Bitte Belege beifügen)

Miete/Hausbelastung _____	Schulden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schuldenhöhe ges.: _____ wodurch entstanden: _____ _____ _____
Strom _____	
Heizung _____	
Versicherungen _____	
Ratenzahlung _____	
sonstige Ausgaben _____	
Ausgaben _____	

$$\frac{\text{Einnahmen} - \text{Ausgaben}}{\text{zum Leben}} \div \text{Personen im Haushalt} \rightarrow \text{zum Leben pro Person}$$

Erklärung des Antragstellers oder Fürsprecher's

Haben Sie bereits Spenden erhalten? ja nein Wenn ja, von wem? _____

Liegt eine Erkrankung vor? (Name und ggf. Grad der Behinderung - Angabe freiwillig) _____

