

B. EINKOMMEN UND AUSGABEN ALLER MITGLIEDER DES HAUSHALTS

4. MONATLICHE EINKÜNFTE - Bitte geben Sie die genaue Summe an, ohne abzurunden

● des Antragstellers:	
- Nettogehalt (bitte eine Kopie des letzten Gehaltszettels beifügen):	€/Monat
- Andere Einkünfte (bitte eine Bescheinigung oder ein Auszug beifügen):	€/Monat
<small>(bitte erklären: Arbeitsunfall, Krankenkasse, zusätzliche Arbeitslosenunterstützung, ...)</small>	
● Ihres Ehepartners oder der ihm gleichgestellten Person? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wenn ja, welche	
Bitte fügen Sie als Selbständige den letzten Steuerbescheid und als Arbeitnehmer eine Kopie der letzten Gehaltsabrechnung bei.	
.....	€/Monat
.....	€/Monat
● Kinderzulagen:	€/Monat
● Unterhaltsbeihilfe (+ Name Kinder):	€/Monat
.....	€/Monat
● Kinder mit eigenen Einkünften (welche?):	€/Monat
.....	€/Monat
● Haben Sie andere Einkommen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wenn ja, tragen Sie die Art der Einkommen und deren Betrag ein:	
<small>(z.B.: Einkommen durch Mieten, andere Soziale Zulagen, usw.)</small>	
.....	€/Monat
.....	€/Monat
GESAMTSUMME:	€/Monat

5. MONATLICHE AUSGABEN DES HAUSHALTS

● Wohnung: <input type="checkbox"/> Mieten €/Monat <input type="checkbox"/> Hypothekendarlehens €/Monat von <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> bis <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Immobiliensteuervorabzug €/Monat ● Lasten: <input type="checkbox"/> Wasser €/Monat <input type="checkbox"/> Gaz/Elektrizität €/Monat <input type="checkbox"/> Heizung €/Monat ● Unterhaltsleistung €/Monat ● Kommunikation: <input type="checkbox"/> Telefon (Festnetz/Handy) €/Monat <input type="checkbox"/> Internet/Fernsehen €/Monat ● Bereinigung der Schulden €/Monat bis <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	● <input type="checkbox"/> Andere Darlehen: (Art): €/Monat von <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> bis <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (Art): €/Monat von <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> bis <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (Art): €/Monat von <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> bis <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ● <input type="checkbox"/> Andere Ausgaben: €/Monat €/Monat €/Monat €/Monat GESAMTSUMME: €/Monat
---	---

C. VERSICHERUNGEN

6. 'RÜCKZAHLUNG DER KRANKENHAUSAUFENTHALTSKOSTEN' - 'ZAHNVERSICHERUNG'

● Rückzahlung der Krankenhausaufenthaltskosten oder andere?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Wenn ja, Name der Einrichtung:	Anspruchsberechtigte:
● Eine zusätzliche Zahnversicherung?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Wenn ja, Name der Einrichtung:	Anspruchsberechtigte

Wenn für einen Antrag Rückzahlungen erfolgt sind, **fügen Sie eine Kopie des Beschlusses (der Beschlüsse) bei.**

Der / die Unterzeichnete: Name: **Vorname:**

erklärt dass die oben gemachten Angaben nach bestem Gewissen richtig und vollständig sind.

ZU, den / /

Die in dieses Formular einzutragenden Daten werden erhoben für die Bestätigung Ihrer Eigenschaft als Begünstigte des KSD und für die Bestimmung einer eventuellen finanziellen Beteiligung. Unsere Politik in Bezug auf den Schutz des Menschen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten stützt sich auf die europäische Datenschutz-Grundverordnung Nr. 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016, auch bekannt unter der Abkürzung DSGVO. Für Zugang zu Ihren Daten oder das Korrigieren davon wenden Sie sich an den KSD über die allgemeine E-Mail-Adresse.

Unterschrift