

Applicant	Please leave blank	
Surname		
Forename		
Street, No.		
Postcode, Place	Accompanying counselling centre	
Federal state	Name oder Stempel	
Landline/Mobile	BearbeiterIn	
Email	Telefon	
Date of birth	E-Mail	
Country of birth	Der Schriftverkehr soll geführt werden über die Beratungsstelle <input type="checkbox"/>	
Gender m/f/d		
HIV / AIDS		

Weitere im Haushalt lebende Personen:

	PartnerIn	Kind 1
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsland		
Geschlecht m/w/d		
HIV / AIDS		

	Kind 2	Kind 3	Kind 4
Nachname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsland			
Geschlecht m/w/d			
HIV / AIDS			

Angaben zur Gesundheit	AntragstellerIn	PartnerIn	Kinder 1 - 3		
Vermuteter Infektionsweg *					
HIV-Erstdiagnose-Jahr					
Höhe des Grades der Behinderung (GdB)					
Merkzeichen: (G aG H BI GI RF B)					
Pflegegrad					
Betreutes Wohnen (ja/nein)					
Erwerbsminderung (keine teilweise voll)					

* Infektionswege: Mann/Mann **1** | i.V. Drogengebrauch **2** | Blutprodukte **3**
Mutter-Kind **4** | Mann-Frau **5** | unbekannt **6**

Antragsgegenstand

Für was beantragen Sie eine Unterstützung?

Antragssumme in €

Bankverbindung (Antragstellende, Beratungsstelle oder Dritte)

KontoinhaberIn

Name der Bank

IBAN: DE

Verwendungszweck

Monatliche Einnahmen und Ausgaben

Geben Sie bitte alle wiederkehrenden Einnahmen und Ausgaben aller im Haushalt lebenden Personen in monatlichen Beträgen an.

EINNAHMEN netto in €	AntragstellerIn	PartnerIn	Kinder
Lohn/Gehalt			
Krankengeld			
Rente			
Arbeitslosengeld (ALG) I			
ALG II			
AsylbLG			
Sozialhilfe / Grundsicherung			
Kindergeld			
Wohngeld			
Unterhalt			
Pflegegeld			
Sonstiges			

AUSGABEN in €	Haushalt	weitere Angaben
Gesamtmiete (ohne Strom)		<i>Bitte geben Sie in den unteren drei Feldern an, wofür die jeweiligen Beträge benötigt werden.</i>
Stromkosten		
Autokosten		
ÖPNV (Monatsfahrkarte)		
GEZ-Gebühren		
Krankenversicherung		
Versicherungen		
Ausgaben für Kinder		
Ratenzahlungen		
Sonstiges		

- Der Stiftungszweck wird insbesondere durch die Gewährung von Unterstützung in Härtefällen (§ 2 Absatz 2 Satz 1 der Satzung) sowie durch die Verbesserung der Versorgung und Betreuung von in Deutschland lebenden HIV-infizierten und an AIDS erkrankten Menschen (§ 2 Absatz 2 Satz 2 der Satzung) verwirklicht.
- Ein Rechtsanspruch auf eine Stiftungsleistung besteht nicht (§ 2 Absatz 5 der Satzung).
- Zuwendungen werden nachrangig zu staatlichen Leistungen vergeben. Etwaige Ansprüche gegenüber gesetzlichen Kostenträgern (z. B. Jobcenter, Sozialamt, Krankenkasse) sind vor Antragstellung bei der Stiftung dort geltend zu machen.
- Vor einer Entscheidung durch die Stiftung entstandene Kosten werden in der Regel nicht bezuschusst bzw. übernommen.
- Vergleichbare Anträge bei anderen Einrichtungen müssen offengelegt werden.
- Die Antragsbewilligung erfolgt schriftlich und enthält Angaben über die Höhe und die Zweckbindung der Zuwendung. Sie kann mit Auflagen verbunden sein.
- Die sachgerechte Verwendung der Zuwendung ist fristgerecht zu belegen. Bei nicht sachgerechter Verwendung oder einer nur teilweisen Verwendung der Zuwendung ist der entsprechende Betrag auf folgendes Konto der Stiftung zurück zu überweisen:

IBAN: DE 90 3702 0500 0008 2696 05

- Neue Anträge eines Antragstellenden werden erst dann bearbeitet, wenn frühere Anträge korrekt abgerechnet sind.

Wichtiger Hinweis

Bitte übersenden Sie folgende Unterlagen - **bitte diese Unterlagen nicht klammern oder heften**:

- Nachweise über Einnahmen und Ausgaben; bei Bezug von ALG II, Sozialhilfe/Grundsicherung oder AsylbLG-Leistungen immer den aktuellen Leistungsbescheid mit Berechnungsbogen;
- Antragsbegründung;
- detaillierte Kostenaufstellung und ggf. Kostenvoranschlag;
- Beschreibung der belastenden sozialen und gesundheitlichen Lebensumstände;
- Bei Erstantrag: Original HIV-Nachweis (keine Kopie) mit Unterschrift und Stempel des Arztes.

Bitte beachten Sie, dass Sie Original-Unterlagen nicht zurück erhalten.

Datenschutz

Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie hier:

<https://aids-stiftung.de/wp-content/uploads/2020/06/DSGVO.pdf>

1. Ich willige / Wir willigen nach Artikel 6 Absatz 1a und Artikel 9 Absatz 2a der DSGVO in die Verarbeitung meiner/unserer personenbezogenen Daten (inklusive der besonderen Daten gemäß Artikel 9 DSGVO) durch die Deutsche AIDS-Stiftung ein. Die Einwilligung bezieht sich auf alle im Antrags-formular gemachten Angaben und der Angaben in den mitgesandten Unterlagen, die zur Bearbeitung und Entscheidung des Antrages sowie für weitere interne Zwecke unerlässlich sind. **Ohne diese Einwilligung kann der Antrag nicht bearbeitet werden.**
2. Ich stimme / Wir stimmen den oben genannten **Vergaberichtlinien** zu. **Ohne diese Zustimmung kann der Antrag nicht bearbeitet werden.**
3. Hiermit entbinde ich / entbinden wir die oben genannte begleitende Beratungsstelle und die Deutsche AIDS-Stiftung wechselseitig von der **Schweigepflicht** für dieses Antragsverfahren.

Ort, Datum

Unterschriften der AntragstellerIn und aller erwachsenen Haushaltsangehörigen

Bestätigung der begleitenden Beratungsstelle

Hiermit werden die oben gemachten Angaben zur HIV-Infektion und zu den monatlichen Einnahmen und Ausgaben bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel

Senden Sie Ihre Unterlagen bitte an folgende Adresse

Deutsche AIDS-Stiftung
Mittelvergabe
Münsterstraße 18
53111 Bonn



E-Mail: mittelvergabe@aids-stiftung.de
Tel.: 0228 / 60 46 9-21/-23/-24/-26
Fax: 0228 / 60 46 9-96

Stand: Mai 2020