

<b>Antragsteller*in</b>	(anonyme Angaben)	
Bundesland		bereits bestehende Antragsnummer
Geburtsjahr		
Geburtsland		
Geschlecht m/w/d		
HIV / Aids		

<b>Begleitende Beratungsstelle</b>		
Name oder Stempel		Der Schriftverkehr soll geführt werden über die Beratungsstelle <input type="checkbox"/>
Bearbeiter*in		
Telefon		
E-Mail		

Angaben zur Gesundheit	Antragsteller*in	Partner*in	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: gleichgeschlechtlich **1** | i.V. Drogengebrauch **2** | Blutprodukte **3**  
Mutter-Kind **4** | nicht gleichgeschlechtlich **5** | unbekannt **6**

## Vergaberichtlinien

- 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 37020500 0008 2696 05**

**1. Zustimmung zu den Vergaberichtlinien**

Ich stimme / Wir stimmen den oben genannten **Vergaberichtlinien** zu. **Ohne diese Zustimmung kann der Antrag nicht bearbeitet werden.**

**2. Finanzielle Bedürftigkeit**

Die antragstellende Person ist finanziell bedürftig, d.h. hat ein monatliches Einkommen auf dem Niveau von Bürgergeld / Sozialhilfe.

**Bestätigung der begleitenden Beratungsstelle**

Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

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](mailto:mittelvergabe@aids-stiftung.de)  
Tel.: 0228 / 60 46 9-21/-26/-35