

Antragsteller*in		
Bundesland		bitte freilassen
Geburtsdatum		
Geburtsland		
Geschlecht m/w/d		
HIV / Aids		

Begleitende Beratungsstelle		
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 ALG II / 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
Tel.: 0228 / 60 46 9-21/-26/-35