

**bitte nicht heften!!**

<b>Antragsteller*in</b>	bitte freilassen	
Nachname		
Vorname		
Straße, Nr.	<b>Begleitende Beratungsstelle</b>	
PLZ, Ort	Name oder Stempel	
Bundesland		
Telefon/Mobil	Bearbeiter*in	
E-Mail	Telefon	
Geburtsdatum	E-Mail	
Geburtsland	Der Schriftverkehr soll geführt werden über die Beratungsstelle	
Geschlecht m/w/d		
HIV / Aids		

Weitere im Haushalt lebende Personen:

	<b>Partner*in</b>	<b>Kind 1</b>
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsland		
Geschlecht m/w/d		
HIV / Aids		

	<b>Kind 2</b>	<b>Kind 3</b>	<b>Kind 4</b>
Nachname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsland			
Geschlecht m/w/d			
HIV / Aids			

<b>Angaben zur Gesundheit</b>	<b>Antragsteller*in</b>	<b>Partner*in</b>	<b>Kinder 1 - 3</b>		
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**

## Bankverbindung (Antragstellende, Beratungsstelle oder Dritte)

Kontoinhaber\*in

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 €	Antragsteller*in	Partner*in	Kinder
Lohn/Gehalt			
Krankengeld			
Rente			
Arbeitslosengeld (ALG) I			
Bürgergeld			
AsylbLG			
Sozialhilfe / Grundsicherung			
Kindergeld			
Wohngeld			
Unterhalt			
Pflegegeld			
Sonstiges			

AUSGABEN in €	Haushalt	weitere Angaben
Gesamtmiete (ohne Strom)		Bitte geben Sie in den unteren drei Feldern an, wofür die jeweiligen Beträge benötigt werden.
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 Bürgergeld, Sozialhilfe/Grundsicherung, AsylbLG-Leistungen oder Wohngeld, genügt die erste Seite des jeweiligen Sozialleistungsbescheids;
- Beschreibung der Lebenssituation (optional);
- Bei Erstantrag: Original HIV-Nachweis (keine Kopie) mit Unterschrift und Stempel des Arztes oder entsprechende Bestätigung der begleitenden Beratungsstelle (s. S. 4 unten).

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

### Datenschutz

Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie über die Webseite:

[aids.st/dsgvo](https://aids.st/dsgvo)

**PFLICHTFELDER: (ohne diese 3 Angaben kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden)**

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 Antragsformular gemachten Angaben und der Angaben in den mitgesandten Unterlagen, die zur Bearbeitung und Entscheidung des Antrages sowie für weitere interne Zwecke unerlässlich sind.
2. Ich stimme / Wir stimmen den oben genannten Vergaberichtlinien zu.
3. Hiermit bestätige ich, dass ich keinen weiteren Antrag auf Weihnachtsbeihilfe für das laufende Jahr, z.B. über eine Aids-Hilfe, gestellt habe bzw. stellen werde.

- 
4.  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 Antragsteller\*in **und aller erwachsenen Haushaltsangehörigen**

## Bestätigung der begleitenden Beratungsstelle

Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit aller oben gemachten Angaben bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel

## Senden Sie Ihre Unterlagen bitte an folgende Adresse

Deutsche AIDS-Stiftung  
Mittelvergabe  
Münsterstraße 18  
53111 Bonn



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

Stand: Oktober 2024