

An die
 „Landesstiftung
 Hilfe für Mutter und Kind“
 Hegelstraße 2
 95447 Bayreuth

»Landesstiftung
Hilfe für Mutter und Kind«



Leistungen an Familien in Not

Hilfegesuch

Zutreffendes bitte ankreuzen X oder ausfüllen

Wir bitten um vollständiges Ausfüllen; die Angaben werden zur Bearbeitung Ihres Hilfegesuchs benötigt

1. Personalien 1.1 Hilfesuchende/r

Name, Geburtsname, Vorname(n)		Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft seit <input type="checkbox"/> verheiratet seit	
Wohnhaft in Bayern seit		<input type="checkbox"/> getrennt lebend seit <input type="checkbox"/> geschieden seit <input type="checkbox"/> verwitwet seit
ausgeübte berufliche Tätigkeit		
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)		Email: Telefon:
Bankverbindung (Name des Geldinstituts)		
IBAN	BIC	Kontoinhaber/in
Im Haushalt lebende Kinder (Name, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit)		

1.2 Ehegatte / Partner/in

Name, Geburtsname, Vorname(n)		Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	ausgeübte berufliche Tätigkeit	

1.3 Sonstige im Haushalt lebende Personen

Name, Vorname	Verwandt. Verh.	Geburtsdatum
Name, Vorname	Verwandt. Verh.	Geburtsdatum

2. **Einkommensverhältnisse der Familie** → Bescheinigungen bitte beifügen ←

2.1

Einkommen	Hilfesuchende/r		Nichtgetrennt- lebende/r Ehegatte/ Partner/in		Kinder und sonstige Angehörige, die im Haushalt leben	
	monatlich € brutto	netto	monatlich € brutto	netto	monatlich € brutto	netto
selbständige Tätigkeit						
unselbständige Tätigkeit						
Krankengeld, Arbeitslosengeld I etc.						
Renten, Pensionen						
Sozialgeld, Arbeitslosengeld II						
Ausbildungsbeihilfen (BAföG, SGB III)						
Wohngeld/Lastenzuschuss						
Kinderzuschlag						
Vermietung, Verpachtung						
Kindergeld						
Elterngeld/Landeserziehungsgeld						
Betreuungsgeld						
Unterhaltsleistungen (auch UVG- Leistungen)						
Sonstige Einkünfte (z.B. Blindengeld, Pflegegeld, Zinserträge)						
Sonderzuwendungen (z.B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld)	jährlich €		jährlich €		jährlich €	

2.2. Wurden **Anträge auf gesetzliche Leistungen** gestellt, welche noch nicht beschieden sind (z. B. Arbeitslosengeld I oder II, Sozialgeld, Krankengeld, Wohngeld, Renten, Pflegegeld)?

nein

ja

→ beim

Art

.....
.....

3. **Vermögensverhältnisse der Familie**

3.1 Übersteigt das **Vermögen** (Barbeträge, Geldwerte wie Sparguthaben/Wertpapiere, sonstiges Vermögen) pro Familienmitglied den Wert von 15.500,00 €?

nein

ja

Geben Sie bitte alle bei Ihnen vorhandenen Vermögenswerte an und fügen Sie Bescheinigungen bei:

→ Höhe

Art

.....
.....

3.2 **Ist Haus- und Grundbesitz vorhanden?**

nein

ja

→

Verkaufswert (€)

Art des Besitzes

selbst genutzt?

.....

.....

nein

ja

3.3 **Haben Sie einen Pkw?**

nein

ja

→

Marke/Typ/Baujahr

.....

4. Finanzielle Belastungen der Familie

4.1 Laufende Ausgaben

→ Bescheinigungen bitte beifügen ←

Art	monatliche Belastung	Rückstände	Erläuterungen
Miete / Hauslasten			
Heizung			
Strom			
Sonstige Miet- oder Hausnebenkosten			Art
Unterhaltsverpflichtungen			Zahlungsempfänger
Versicherungen			Art der Versicherungen
sonstige Belastungen/ Ausgaben			Art

- 4.2 Hauslasten / sonstige Schulden** → bitte alle Schuldverpflichtungen angeben und Bescheinigungen zu der ursprünglichen Höhe, dem aktuellen Stand und der Ratenzahlung beifügen
 → bei mehr als drei Darlehen bitte Zusatzblatt ausfüllen

Gläubiger (Name/Bank, Anschrift, Telefon)			
Grund der Darlehens-/Schuldaufnahme			
Aufnahmedatum	ursprüngl. Darlehens-/Schuldbetrag	derzeitiger Schuldenstand	mtl. Zins- u. Tilgungsrate

Gläubiger (Name/Bank, Anschrift, Telefon)			
Grund der Darlehens-/Schuldaufnahme			
Aufnahmedatum	ursprüngl. Darlehens-/Schuldbetrag	derzeitiger Schuldenstand	mtl. Zins- u. Tilgungsrate

Gläubiger (Name/Bank, Anschrift, Telefon)			
Grund der Darlehens-/Schuldaufnahme			
Aufnahmedatum	ursprüngl. Darlehens-/Schuldbetrag	derzeitiger Schuldenstand	mtl. Zins- u. Tilgungsrate

5. Wodurch ist die Notlage entstanden (Schilderung des/der Hilfesuchenden)?

→ evtl. bitte Zusatzblatt beifügen ←

6. Welche **eigenen Maßnahmen** wurden bisher zur Abwendung dieser Notlage unternommen?

.....
.....

7. Haben Sie bereits **Kontakt mit anderen sozialen Beratungsstellen oder Behörden** (z. B. Sozialamt, Caritas, Diakonisches Werk, Schuldnerberatungsstelle) aufgenommen?

→ Falls ja, genaue Bezeichnung angeben:

.....

→ Wurden von diesen Stellen Leistungen in Aussicht gestellt?

nein ja, welche

8. Haben Sie bereits **Leistungen anderer Stiftungen...**

...beantragt?

nein ja → bei Höhe Zweck Wann?
.....

...erhalten?

nein ja → von Höhe Zweck Wann?
.....

9. **Art und Umfang der gewünschten Hilfe**

.....
.....

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die „Landesstiftung Hilfe für Mutter und Kind“

1. beim zuständigen Jobcenter, der Sozialhilfeverwaltung, der Agentur für Arbeit, beim Jugendamt, beim Zentrum Bayern Familie und Soziales, bei der Gemeinde und weiteren öffentlichen Einrichtungen, bei Wohlfahrtsverbänden sowie bei Gläubigern und anderen Stiftungen und Geldgebern die zur Bearbeitung des Hilfeersuchens erforderlichen Auskünfte über meine persönlichen und finanziellen Verhältnisse einholt,
2. die Zahlung gegebenenfalls an meine Gläubiger leistet.

Diese Einverständniserklärung wird nur zur zweckentsprechenden Aufgabenerledigung durch die „Landesstiftung Hilfe für Mutter und Kind“ verwendet.

Ich versichere, dass meine Angaben richtig und vollständig sind. Ich weiß, dass ich mich andernfalls strafbar mache und zur Rückzahlung der Leistung verpflichtet bin. Den Verwendungsnachweis werde ich termingemäß gegenüber der „Landesstiftung Hilfe für Mutter und Kind“ erbringen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Angaben für diesen Antrag im Papierformat aufbewahrt und in elektronischer Form in einem deutschen Rechenzentrum unter Berücksichtigung aktueller Datenschutzbestimmungen gespeichert werden und habe den Hinweis zum Datenschutz erhalten.

Hinweis: Die Einwilligungen erfolgen freiwillig und können verweigert bzw. jederzeit widerrufen werden. In diesem Fall muss allerdings der Antrag auf Leistungen der Landesstiftung abgelehnt werden bzw. müssen bereits bewilligte/ ausgezahlte Zuwendungen zurückgefordert werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift(en) – von beiden Partnern bei Paaren

Diesen Abschnitt bitte von der **Beratungsstelle vor Ort** ausfüllen lassen

Stellungnahme der Sozialhilfeverwaltung, des Jugendamtes, des Gesundheitsamtes, der Gemeinde oder eines Verbandes der freien Wohlfahrtspflege (Bestätigung nach Nr. 7.3 der Vergabegrundsätze)

1. Der/die Hilfesuchende hat seit mindestens sechs Monaten seinen **ständigen Aufenthalt in Bayern** ja nein
2. Mindestens ein Familienmitglied des/der Hilfesuchenden hat **die deutsche Staatsangehörigkeit** ja nein
3. Die erbetene Hilfe wird **befürwortet** ja nein
(Falls ja, bitte ausführliche Begründung auf einem Zusatzblatt beifügen)

.....
Ort, Datum

.....
(Stempel)

.....
Unterschrift