# Antrag auf Einzelfallhilfe aus dem „Hilfsfonds Alter und Pflege“

[Geben Sie ein Zitat aus dem Dokument oder die Zusammenfassung eines interessanten Punkts ein. Sie können das Textfeld an einer beliebigen Stelle im Dokument positionieren. Verwenden Sie die Registerkarte 'Zeichentools', wenn Sie das Format des Textfelds 'Textzitat' ändern möchten.]

Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.





Der **Hilfsfonds Alter und Pflege** steht für Berlinerinnen und Berliner im Rentenalter zur Verfügung, die infolge ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustands oder infolge einer materiellen Notlage auf Hilfe anderer angewiesen sind.

**1. Voraussetzungen:**

* Die Person muss das Rentenalter erreicht haben (mindestens 60 Jahre) und 25 Jahre erwerbstätig gewesen sein.
* Das monatliche Einkommen darf max. 20 % über dem jeweils geltenden, maßgeblichen Regelsatz (SGB II) liegen.
* Die Person darf über kein Vermögen verfügen, das den jeweils zutreffenden, individuellen Grundfreibetrag des § 12 SGB II übersteigt oder nicht erfüllte Unterhaltsansprüche gegenüber Familienangehörigen haben.

**2. Fördermöglichkeiten:**

* Aktive Unterstützung von Pflegetätigkeiten Zuhause oder im Pflegeheim
* Finanzierung von notwendigen Pflegekräften und -leistungen, die nicht von öffentlichen Stellen oder der Krankenversicherung übernommen werden
* Aktive finanzielle Unterstützung des Einzelfalls (z.B. Ersatz von defekten Haushaltsgeräten,
Energiekostennachzahlungen)

**Bitte übersenden Sie den Antrag mit Unterschriften per Mail an**

**r.eichner@caritas-berlin.de** **oder als Fax an 030 66633-1142.**

**Antragstellende Einrichtung:**

Name der Einrichtung und der Beraterin bzw. des Beraters:

Adresse:

Telefonnummer:

Kostenstelle (bei Einrichtungen des Caritasverbandes):

Bankverbindung der Einrichtung für die Überweisung:

**Für wen wird die Unterstützung beantragt:**

Name, Geburtsdatum und Adresse der bzw. des Hilfebedürftigen:

**Finanzielle und Lebenssituation der bzw. des Hilfebedürftigen (ggf. auf einem extra Blatt):**

**Wofür und in welcher Höhe wird die Unterstützung beantragt (ggf. auf einem extra Blatt):**

Wofür:

**Beantragte Summe (Hinweis: Nach Verwendung der Mittel ist ein Verwendungsnachweis erforderlich):**

**Die antragstellende Einrichtung bestätigt mit ihrer Unterschrift, dass die unter Punkt 1. genannten Voraussetzungen (s. oben) der Klientin bzw. des Klienten und die Notwendigkeit der Unterstützung geprüft wurden. Unterstützungsmöglichkeiten durch öffentliche Stellen und die Krankenversicherung wurden geprüft und sind ausgeschlossen.**

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Name: Beraterin bzw. Berater in Druckschrift Unterschrift Beraterin bzw. Berater

**Die nachfolgende Erklärung zur Erfüllung der Voraussetzungen und**

**die Erklärung zum Datenschutz sind Bestandteil des Antrags.**

**Erklärung zur Erfüllung der Voraussetzungen für eine Einzelfallhilfe**

**Name, Vorname der Person, für die der Antrag gestellt wird:**

**Auflistung der monatlichen Einnahmen und Ausgaben**

**für (Name der bzw. des Hilfebedürftigen):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Einnahmen**  | **Ausgaben**  |
| **Bezeichnung** | **Betrag in €** | **Bezeichnung** | **Betrag in €** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Summe** |  | **Summe** |  |

Bitte fügen Sie den bzw. die Rentenbescheid/e ein.

**Bitte der bzw. dem Hilfebedürftigen zur Kenntnis geben und unterschreiben lassen!**

* Ich war mindestens 25 Jahre erwerbstätig.Anrechenbar sind dabei folgende Kindererziehungszeiten: Bei Geburten vor 1992 sind das
30 Monate je Kind und bei Geburten ab 1992 drei Jahre je Kind.
* Es bestehen keine unerfüllten gesetzlichen Unterhaltsansprüche gegenüber
Familienangehörigen.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift der Person, für die der Antrag gestellt wird

**Erklärung zum Datenschutz**

**Bitte der bzw. dem Hilfebedürftigen zur Kenntnis geben und unterschreiben lassen!**

**Name, Vorname der Person, für die der Antrag gestellt wird:**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Antragsstellung gespeichert werden und an den Spender oder die Stiftung weitergegeben werden können, bei dem bzw. der die Unterstützung beantragt wird.

Ich bin informiert, dass ich berechtigt bin beim Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V. um Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Nach Erfüllung des Verarbeitungszwecks (Bewilligung des Antrags auf Einzelfallhilfe und Erfüllung der Nachweispflicht) kann ich die Löschung meiner persönlichen Daten verlangen.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift der Person, für die der Antrag gestellt wird

**Sollte die Person, für die der Antrag gestellt wird, nicht in der Lage sein die Erklärung zu unterschreiben, bestätigt dies die antragstellende Einrichtung nachfolgend:**

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Einrichtung Unterschrift Beraterin bzw. Berater