



**Antrag auf Gewährung einer freiwilligen Unterstützung aus dem
Hilfsfonds der Landesärztekammer
(ohne Rechtsanspruch gegenüber der Landesärztekammer Hessen)**

Antragsteller/in:

Name:..... Vorname:.....

Geb.-Datum:..... Geb.Ort:.....

Anschrift:..... Tel.:.....

Familienstand:..... Heiratsdatum:..... Beruf:.....

Vor- und Nachname des Ehegatten:.....

Geb.-Datum:..... Geb.-Ort:.....

Verstorben am:..... in:.....

Zuletzt tätig in:..... als:.....

Welcher Ärztekammer gehörte Ihr/e Ehegatt(e)/in bzw. Vater/Mutter an:

.....

Bankverbindung:

Geldinstitut:.....

IBAN.....

BIC.....

Angehörige:

Verwandtschafts- verhältnis	Name	Alter	Wohnort/Beruf	verh.	Kinder- zahl	Monatliches Einkommen

Wie viel unversorgte Kinder haben Sie?

Vorname	Zuname	Alter	Wohnort	Schule bzw. Tätigkeit

Vermögen:

Barvermögen (Bank, Sparkasse)..... €.....
Wertpapiere:..... €.....
Haus- und Grundbesitz:..... €.....
Sonstiges Vermögen:..... €.....
Gesamt-Vermögen:..... €.....
=

Monatliches Einkommen:

Aus eigener Arbeit.....	€.....
Rente:.....	€.....
EHV:.....	€.....
Sonstige Renten:.....	€.....
Unterstützung vom Sozialamt:.....	€.....
Wohngeld:.....	€.....
Zinsen aus Wertpapieren:.....	€.....
Zinsen aus Bargeld:.....	€.....
Mieteinnahmen:.....	€.....
von Angehörigen:.....	€.....
Sonstige Einnahmen:.....	€.....
.....	€.....
Insgesamt:	€.....
	=

Monatliche Ausgaben:

Eigene Miete (einschl. Umlagen):.....	€.....
Krankenkasse:.....	€.....
Telefon:.....	€.....
Erziehungskosten minderjähriger Kinder:.....	€.....

Sonstige Ausgaben:

.....	€.....
.....	€.....
.....	€.....
Insgesamt:	€.....
	=

Sind sie in einer Kapital- oder Rentenversicherung?.....
Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?.....
Höhe der Versicherungssumme: €.....
Sind Sie Mitglied in einem Versorgungswerk?
Wenn ja, bei welchem Versorgungswerk?
Seit wann leben Sie in Hessen?.....

Besondere Anmerkungen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Der Antrag ist in allen Teilen vollständig und genau auszufüllen. Einfaches Offenlassen einzelner Rubriken genügt nicht. Nicht in Betracht kommende Spalten sind gegebenenfalls klar zu verneinen.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass Hilfsfondsbeträge, die auf Grund bewusst lückenhafter oder absichtlich unrichtiger Angaben gezahlt wurden, von der Landesärztekammer Hessen zurückverlangt werden können.

Der Antragsteller/die Antragstellerin erklärt hiermit, dass die vorstehenden Angaben lückenlos nach bestem Wissen gemacht wurden.

Ich bin damit einverstanden, dass der Ausschuss „Hilfsfonds“ bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Versorgungswerken Auskünfte einholen kann.

Hinweis: Die Unterstützung aus dem Hilfsfonds muss beim Sozialamt, sofern man Grundsicherung oder sonstige sozialen Leistungen bezieht, angegeben werden. Die Unterstützung aus dem Hilfsfonds wird auf eine mögliche Unterstützung vom Sozialamt angerechnet.

<p>Wichtiger Hinweis Auf Beachtung der steuerlichen Vorschriften wird hingewiesen.</p>
--

....., den
Ort

.....
Unterschrift

Anlage:
Selbstauskunft (bitte ausfüllen und gemeinsam mit diesem Antrag zurücksenden)

Selbstauskunft:

Hiermit erkläre ich,

Titel, Vorname und Name: _____

geboren am: _____

wohnhaft: _____

gegenüber dem Hilfsfonds der Landesärztekammer Hessen,
dass – meines Wissens - in den letzten fünf Jahren:

1. ein Strafverfahren gegen mich stattgefunden hat oder anhängig ist:

- Nein
 Ja

(wenn ja, bitte kurze Erläuterung):

2. ein approbationsrechtliches Verfahren gegen mich stattgefunden hat oder anhängig ist:

- Nein
 Ja

(wenn ja, bitte kurze Erläuterung):

3. ein berufsgerichtliches Verfahren gegen mich stattgefunden hat oder anhängig ist:

- Nein
 Ja

(wenn ja, bitte kurze Erläuterung):

4. Mir ist bekannt, dass der Ausschuss Hilfsfonds berechtigt ist, meine Angaben innerhalb der Landesärztekammer Hessen zu überprüfen.

5. Einer Überprüfung meiner Angaben bei Stellen außerhalb der Landesärztekammer Hessen (Approbationsbehörde und Staatsanwaltschaft)

stimme ich zu / widerspreche ich (nicht Zutreffendes bitte streichen)

6. Mir ist bekannt, dass bei falschen oder unvollständigen Angaben mein Antrag bereits aus diesem Grund abgelehnt, bzw. ein Unterstützungsbescheid zurückgenommen/widerrufen werden kann und die hierauf basierenden Unterstützungsleistungen zurückgefordert werden können.

Ort, Datum

Unterschrift