

**Elfi Breitsameter Stiftung**  
Heidestraße 1b  
85386 Eching



## **Selbstauskunft**

*(bitte füllen Sie diese vollständig aus)*  
auf finanzielle Unterstützung  
durch die Elfi Breitsameter Stiftung

Antragsteller/in  
Name, Vorname .....

Straße .....

PLZ, Ort .....

Telefon/Fax .....

E-Mail .....

Geburtsdatum ..... Familienstand .....

Anzahl Kinder ..... Nationalität .....

Ich bitte um finanzielle Unterstützung für **folgende Maßnahme** (genaue Beschreibung)

.....  
.....

Bitte legen Sie Kostenvoranschläge oder Rechnungen dem Antrag in Kopie bei.

Ich bin seit ..... **auf den Rollstuhl angewiesen** wegen/weil (bitte kurz die  
Krankheit oder Unfall beschreiben)

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

Als Nachweis liegt bei:

- ( ) ärztliches Attest, das bestätigt, dass ich dauerhaft auf den Rollstuhl angewiesen bin
- ( ) Kopie des Behindertenausweises

**Mit meinen eigenen Mitteln kann ich die notwendige Maßnahme nicht finanzieren.**

Meine wirtschaftliche Situation stellt sich wie folgt dar:

Monatliches Einkommen des Antragstellers/in und des Partners/in (bei Antragstellern, die noch bei den Eltern leben, auch das Einkommen der Eltern)

- ( ) Entgelt aus selbstständiger Arbeit oder unselbstständiger Tätigkeit € .....
- ( ) Rente € .....
- ( ) Grundsicherung/Hartz IV, ( ) Arbeitslosengeld, ( ) Übergangsgeld € .....
- ( ) Kindergeld für ..... Kind(er) € .....
- ( ) Pflegegeld, ( ) Krankengeld € .....
- ( ) sonstige Einkünfte (Miete, Zinsen usw.) € .....
- Gesamteinkommen** € .....

Vermögen des Antragstellers/in und des Partners/in (bzw. der Eltern)

- ( ) Barvermögen (Bank- oder Sparguthaben, Aktienbesitz) € .....
- ( ) Bausparverträge, Lebensversicherungen € .....
- ( ) Haus- und Grundbesitz € .....
- ( ) Sonstiges ..... € .....
- Gesamtvermögen** € .....

Schulden des Antragstellers/in des Partners/in (bzw. Eltern)

- Darlehen/Hypotheken  
.....
- .....
- Gesamthöhe der Schulden € .....
- Abzuzahlen bis ..... in monatlichen Raten von € .....

## Regelmäßige monatliche Ausgaben

( ) Miete	€ .....
( ) Lebenshaltung	€ .....
( ) Pflegekosten	€ .....
( ) Krankenkasse, ( ) Versicherungen	€ .....
Sonstiges ( Heizung, Strom, Telefon, Wasser)	€ .....
<b>Gesamtausgaben</b>	€ .....
Summe monatliche Einkünfte	€ .....
Summe monatliche Rückzahlung von Schulden	€ .....
Summe monatliche Ausgaben	€ .....
<b>Monatlicher Verbleib</b>	€ .....

## Bemerkungen

.....

.....

.....

Ich versichere, dass die Angaben wahr und vollständig sind. Bei unrichtigen Angaben verpflichte ich mich die gegebenen Leistungen zurück zu erstatten.

.....  
Ort, Datum

.....  
Antragsteller/in