

# Antrag auf Einzelfallhilfe durch die ZNS-Stiftung

Die ZNS-Stiftung unterstützt Menschen mit einer Schädelhirnverletzung zeitnah und bedarfsgerecht im individuellen Einzelfall. Mittel dafür werden aus dem ZNS-Hilfsfonds sowie aus dem Roland Weiß-Fonds zur Verfügung gestellt. Über den Nachlass von Roland Weiß werden speziell Menschen im Wachkoma (apallisches Syndrom) unterstützt.

Die Höhe der Zuwendung ist begrenzt. Sie beträgt beim ZNS-Hilfsfonds bis maximal 500€ und beim Roland Weiß-Fonds bis maximal 2000€.

Um den korrekten Umgang mit den uns anvertrauten Spendengeldern zu gewährleisten und die Einzelfallhilfe gerecht zu verteilen, hat die ZNS-Stiftung die Verpflichtung, die Einkommenssituation des Antragsstellenden zu prüfen, um festzustellen, ob eine wirtschaftliche Bedürftigkeit vorliegt. Ein Rechtsanspruch auf Leistungen der Einzelfallhilfe besteht nicht.

Unterstützung wird gewährt vorbehaltlich eventueller zivilrechtlicher Ansprüche (z.B. Schmerzensgeld) gegenüber Dritten. Der Ausgang eines möglichen Verfahrens ist der Stiftung mitzuteilen.

Alle Auskünfte und Unterlagen werden streng vertraulich behandelt und keiner anderen Stelle zugänglich gemacht. Die Datenschutzbestimmungen der ZNS-Stiftung werden genauestens eingehalten.

## **Wem kann finanzielle Hilfe gewährt werden?**

- Sie oder Ihr Angehöriger haben **eine Schädelhirnverletzung** erlitten oder der/die Betroffene liegt im **Wachkoma**.
- Es besteht kein Anspruch auf anderweitige Leistungen der Kostenträger (z.B. Krankenkasse, Sozialamt), bzw. diese Hilfen reichen nicht aus oder wurden abgelehnt.
- Alle Möglichkeiten zur Selbsthilfe sind ausgeschöpft.
- Die geschilderte Notlage ist nachvollziehbar und glaubwürdig.
- Eine Verwendung zur Schuldendeckung, zur Teilfinanzierung größerer Anschaffungen (z. B. Pkw) oder zum Ausgleich genereller laufender Haushaltsdefizite ist ausgeschlossen, da es sich um eine einmalige Einzelfallhilfe handelt.

## **Welche Auskünfte und Nachweise sind nötig?**

- Eine ärztliche Bescheinigung, aus welcher **Zeitpunkt, Verlauf und Schweregrad der Schädelhirnverletzung** hervorgeht oder ein zeitnaher Nachweis über das **apallische Syndrom (Wachkoma)**.
- Angaben zur Person, zu weiteren im Haushalt lebenden Personen sowie zum Familienstand.
- Angaben und Nachweise zum monatlichen Nettoeinkommen aller Einkommensarten aller zum Haushalt gehörenden Personen.
- Angaben und Nachweise zu den monatlichen festen Ausgaben.

## **Wie werden die Auskünfte erbracht?**

- Durch den Auskunftsbogen der ZNS-Stiftung.
- Durch weitere Unterlagen, aus denen die nötigen Angaben glaubhaft hervorgehen, z. B. Bescheide, Belege, Kontoauszüge, Verträge etc.

# Selbstauskunft für den Antrag auf Einzelfallhilfe

Bitte vollständig ausgefüllt, zusammen mit einer **ärztlichen Bescheinigung** und den **notwendigen Nachweisen**, einsenden an:  
[beratung@zns-stiftung.de](mailto:beratung@zns-stiftung.de) oder ZNS-Stiftung, Fontainengraben 148, 53123 Bonn.

## **Antragstellung erfolgt durch:**

(Angaben sind nur dann erforderlich, wenn der/die Betroffene den Antrag nicht selbst stellt)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

In welchem Verhältnis stehen Sie zu dem/der Betroffenen \_\_\_\_\_  
(z. B. Ehemann/-frau, Mutter, Betreuer usw.)

## **Antragsteller/in**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

## **Bankverbindung**

(Falls wir Ihrem Antrag nachkommen, bitten wir um Angaben, auf welches Konto der Betrag überwiesen werden soll.)

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_

## **Ich bitte um finanzielle Unterstützung für:**

(Verwendungszweck kurz beschreiben)

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

## **Weitere im Haushalt lebende Personen:**

Name	Vorname	Geburtsdatum	Verhältnis
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Monatliches Nettoeinkommen aller zum Haushalt gehörenden Personen:**

(bitte Belegkopien beifügen)

	Antragsteller/in weitere Personen	
Gehalt, Rente, Pension	€ _____	€ _____
Einkünfte aus selbstständiger Arbeit, Vermögen, etc.	€ _____	€ _____
Krankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld	€ _____	€ _____
Arbeitslosengeld, Bürgergeld, Sozialhilfe, Grundsicherung	€ _____	€ _____
Wohngeld	€ _____	€ _____
Kindergeld, Erziehungsgeld	€ _____	€ _____
Unterhalt, Unterhaltsansprüche	€ _____	€ _____

<b>Summe aller monatlichen Bezüge</b>	€ _____
---------------------------------------	---------

Mit meiner Unterschrift versichere ich zudem, dass kein Vermögen vorhanden ist, aus dem der beantragte Verwendungszweck finanziert werden könnte.

**Feste monatliche Ausgaben aller zum Haushalt gehörenden Personen:**

(bitte Belegkopien beifügen)

Wohnen (Miete und Nebenkosten)	€ _____
Strom, Wasser und Heizung	€ _____
Telefon, GEZ	€ _____
Versicherung, Mitgliedsbeiträge	€ _____
Ratenzahlung für	€ _____

<b>Summe aller monatlichen Ausgaben</b>	€ _____
---	---------

Anträge auf Unterstützung wurden bei nachstehend aufgeführten Sozialleistungsträgern gestellt und abgelehnt: (ggf. Ablehnungsbescheid beifügen)

---

Ich versichere, dass der Antrag nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt wurde. Mir ist bekannt, dass wissentlich unrichtige Angaben oder das Verschweigen wichtiger Tatsachen von Hilfeleistungen der Stiftung ausschließen bzw. Regressansprüche zur Folge haben können. Ich verpflichte mich, auf Aufforderung gegebenenfalls zusätzlich zur Feststellung der Bedürftigkeit erforderliche Auskünfte zu erteilen und notwendige Belege vorzulegen.

Ich bin mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. (Die ZNS-Stiftung gibt Ihre Daten nicht weiter. Die Datenschutzbestimmungen werden beachtet.)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift