

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind die meisten naturheilkundlichen Arzneimittel aus dem Leistungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Patient*innen, die biologische Therapien durchführen, die Kosten aber selbst tragen müssen, können aus dem Härtefonds der Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e. V. unter gewissen Voraussetzungen eine finanzielle Hilfe erhalten.

Da sich die Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e. V. ausschließlich aus Spenden und Mitgliedsbeiträgen finanziert, werden die Leistungen aus dem Härtefonds zur Verwendung **im privaten Bereich im Inland** gewährt. Die Abwicklung der Hilfestellung erfolgt möglichst schnell und weitgehend unproblematisch. Da die Mittel für diesen aus Spendengeldern unterhaltenen Fonds nicht unerschöpflich sind, können Anträge nur bei entsprechender Bedürftigkeit berücksichtigt werden.

Damit die Zuwendungen nur denen zugutekommen, die sie am dringendsten benötigen, müssen alle Anspruchsvoraussetzungen gegen Kostenträger (Krankenkasse, Sozialhilfe, u. ä.) erfüllt sein.

Zur Bewilligung darf das **monatliche Familieneinkommen (monatliches Nettoeinkommen abzüglich der monatlichen Ausgaben)** bei Alleinstehenden € 450,-, bei zwei Personen € 820,-, bei drei Personen € 1.180,- nicht überschreiten.

Unterstützt werden biologische Basistherapien (z. B. mit Vitaminen, Enzymen, Mineralstoffen, Nahrungsergänzungsmitteln u. Ä.).

Die Zuwendungen werden **maximal ein Jahr** lang ausgezahlt und liegen je nach Bedürftigkeit und angewandten Therapien zwischen € 30,- und € 70,- monatlich.

Ohne gewisse Nachweise und Auskünfte des Antragsstellers kann der Härtefonds keine Leistungen erbringen. Die erforderlichen Nachweise und Auskünfte sind:

1. **Aktuelle ärztliche Bescheinigung** über die Krebserkrankung oder aktueller Arztbericht.
2. Die notwendige **Selbstauskunft** umfasst:
Angaben zur Person und zum Familienstand des Antragsstellers:
 - Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Geburtsdatum, Anzahl der zum Haushalt gehörigen Personen, Familienstand
 - Angaben zum monatlichen Nettoeinkommen
 - Angaben zu den festen monatlichen Ausgaben

Der Auskunftsbogen ist beigelegt. **Ihre Angaben müssen von einer öffentlichen Institution bestätigt werden** (Bescheid des zuständigen Sozialamtes, Bestätigung durch die Gemeinde, den Kliniksozialdienst oder ähnliche Institutionen).

3. **Gespräch mit einem Arzt/einer Ärztin der GfBK.** In diesem Gespräch stellt unser Beratungsarzt/unsere Beratungsärztin fest, inwieweit die durchgeführte oder geplante biologisch-ganzheitliche Therapie sinnvoll ist und ob es eine kostengünstige Alternative gibt.

Alle gegebenen Auskünfte und Unterlagen werden **streng vertraulich** behandelt und keiner weiteren Stelle zugänglich gemacht.

Selbstauskunft für den Antrag zur Unterstützung aus dem Härtefonds

1. Antragsteller*in

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Tel.-Nr.: _____ E-Mail-Adresse: _____

Geb.-Datum: _____

Familienstand (bitte zutreffendes ankreuzen):

ledig verheiratet/eingetr. Lebensgem. getrennt lebend geschieden verwitwet

2. Anzahl der zum Haushalt gehörenden Personen:

(Name, Vorname)

Ehe-/Lebenspartner*in: _____ Geb.-Datum: _____

Kinder: _____ Geb.-Datum: _____

_____ Geb.-Datum: _____

_____ Geb.-Datum: _____

_____ Geb.-Datum: _____

andere Person: _____ Geb.-Datum: _____

3. Monatliches Einkommen: (aller zum Haushalt gehörenden Personen)

- a. Lohn/Gehalt (netto), Rente, Pension, Einkünfte aus selbstst. Arbeit, Kindergeld, Arbeitslosengeld/-hilfe, Hilfe zum Lebensunterhalt, Zusatzrenten, Erziehungsgeld, Sozialhilfe, Grundsicherung

Betroffene/r: _____ € _____

_____ € _____

_____ € _____

Ehe-/Lebenspartner*in: _____ € _____

Kind(er)/Kindesunterhalt: _____ € _____

andere Person: _____ € _____

- b. Sonstige Einnahmen, z. B. Mieteinnahmen, Wohngeld, Einkünfte aus Vermögen, Zinserträge, Pflegegeld

_____ € _____

_____ € _____

4. Feste monatliche Ausgaben (aller zum Haushalt gehörenden Personen)

Miete oder Hausbelastung: € _____

Nebenkosten (Heizung, Wasser, sofern
nicht in Miete enthalten): € _____

Strom: € _____

Telefon, Internet: € _____

Rundfunk/Fernsehen: € _____

Unterhaltszahlungen: € _____

gesetzl. Kranken-/Pflegeversicherung (sofern
(nicht im Nettogehalt berücksichtigt): € _____

Kfz-Versicherung/-Steuer € _____

Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich ein, dass die Unterlagen/Nachweise für die Antragstellung und die der GfBK freiwillig überlassenen personenbezogenen Gesundheitsdaten von der Gesellschaft für Biologische Krebsabwehr e. V. (GfBK) gemäß Art. 6 (1) a), f) DSGVO zum Zweck der Antragsbearbeitung und -verwaltung durch den Härtefonds der GfBK erfasst, verarbeitet und ausschließlich zu diesem Zweck genutzt werden.

Bestätigung des Sozialamtes oder einer anderen Institution

(z. B. Sozialdienst, kirchliche Stellen, u.a.)

Hiermit werden vorstehende Angaben bestätigt:

Ort, Datum_____
Unterschrift_____
Dienstsiegel/Stempel**Überweisung**

Falls der Antrag bewilligt wird, überweisen Sie bitte den Betrag auf folgendes Konto:

IBAN: _____ BIC: _____

Name und Ort des Geldinstituts: _____

Mit der Unterschrift versichert die/der Betroffene die Richtigkeit der Angaben und dass kein weiteres verfügbares Einkommen vorhanden ist und/oder keine weiteren Einnahmen vorliegen.

Ort, Datum_____
Unterschrift