



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 € 1180,- nicht überschreiten.

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

Die Zuwendungen werden ein Jahr lang ausgezahlt und liegen je nach Bedürftigkeit 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. Zeitnahe **ärztliche Bescheinigung** über die Krebserkrankung.
2. Die notwendige **Selbstauskunft** umfasst:  
Angaben zur Person und zum Familienstand des Antragsstellers:
  - Name, Anschrift, Telefonnummer, 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/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.: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Familienstand** (bitte zutreffendes ankreuzen):

Ledig       verheiratet       getrennt lebend       geschieden       verwitwet

### 2. Anzahl der zum Haushalt gehörenden Personen:

Ehegatte:      Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Lebensgefährte:      Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Kinder:      Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Kinder:      Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Kinder:      Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Kinder:      Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Kinder      Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Andere Personen:      Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

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

a. Lohn, Gehalt, Rente, Pension,  
Einkünfte aus selbstst. Arbeit,  
Kindergeld, Arbeitslosengeld oder  
-hilfe, Hilfe zum Lebensunterhalt,  
Krankengeld, Unterhaltszahlungen,  
Zusatzrenten, Erziehungsgeld

Betroffene/r: € \_\_\_\_\_  
Ehegatte/Eltern: € \_\_\_\_\_  
Kinder: € \_\_\_\_\_  
Andere Personen: € \_\_\_\_\_

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

Sonstige Einnahmen  
aller Haushaltmitgl.: € \_\_\_\_\_



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

Miete oder Hausbelastung	€ _____
Heizung	€ _____
Strom	€ _____
Telefon/Rundfunk/Fernsehen	€ _____
KFZ-Steuer/KFZ-Versicherung	€ _____
Haushaltshilfe	€ _____
Unterhaltszahlungen	€ _____
Ratenzahlungen für:	€ _____

**Einwilligungserklärung**

Hiermit willige ich ein, dass die Unterlagen/Nachweise für die Antragstellung und die uns 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

**Überweisung**

Falls der Antrag bewilligt wird, überweisen Sie bitte den Betrag an folgende Bankverbindung:

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