



Behalten Sie diese Seite für Ihre Unterlagen!

Wichtige Hinweise zur Einreichung eines Herzenswunsches

Wir erfüllen die Herzenswünsche schwer kranker und sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher

Aktion Kindertraum erfüllt jedem Kind nur einen Herzenswunsch!

Bitte füllen Sie alle Angaben im beiliegenden Fragebogen so leserlich und genau wie möglich aus. Sie helfen uns damit, möglichst rasch die Erfüllung zu organisieren.

Bitte legen Sie notwendige Kopien von der medizinischen Diagnose, Einkommensnachweise usw. bei.

Bei Herzenswünschen, die mit Sachkosten verbunden sind (Produkte, Reisen, Therapien o.ä.) bitte **aktuelle** Gehalts- bzw. Lohnbestätigungen und sonstige Nachweise über Leistungsbezüge **in Kopie** mitschicken!

Wir übernehmen keine Kosten für bereits getätigte Anschaffungen oder bereits gebuchte Reisen. Wir finanzieren keine Auto- und Wohnungsumbauten, Kraftfahrzeuge sowie keine Delfin- oder Ersttherapien.

Bei Reisen: Wir organisieren keine Reisen in Länder, für die eine aktuelle Reisewarnung vorliegt.

Nachdem wir den Fragebogen zurück erhalten haben, wird sich eine Mitarbeiterin von Aktion Kindertraum bei Ihnen melden, um die Details zu klären.

Bitte teilen Sie uns eventuelle Änderungen Ihrer Adresse oder Telefonnummer umgehend mit, damit wir Sie bei Nachfragen erreichen können!

Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Scheuen Sie sich nicht davor, uns bei offenen Fragen anzurufen (Tel: 0511/2110217)!

Nachdem wir für Sie tätig geworden sind, erwarten wir von Ihnen mindestens 2-3 aussagekräftige Fotos von der Aktion und ein Dankschreiben für unsere Spender.

Wir wünschen Ihnen und Ihrer Familie alles Gute! Träume sind erfüllbar!

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen mit den Anlagen zurück an:

Aktion Kindertraum
Pfarrlandplatz 4
30451 Hannover
Tel: 0511/2110217, Fax: 0511/2110216
e-mail: info@aktion-kindertraum.de





Fragebogen für Herzenswunschkinder

Bitte so genau wie möglich und gut leserlich ausfüllen.

Foto des Kindes
(Sie können das Foto auch beilegen)

Angaben zum Herzenswunschkind

Vor- und Nachname des Kindes _____

Geburtsdatum/-ort _____

Staatsbürgerschaft _____

Straße _____

PLZ/ Wohnort _____

Bundesland _____

Wunsch des Kindes

Bei Produkten so detailliert wie möglich erläutern. (Evtl. kopierte Produktbeschreibung, Prospekte und Angebote beilegen) Bei Reise- bzw. Therapiewunsch bitte Anhang ausfüllen.

Achtung: Autos, Auto- oder Wohnungsumbauten, Ersttherapien und Delfintherapien können leider nicht übernommen werden!

Wie hoch schätzen Sie die Kosten für den Wunsch ein? (ungefähre Angabe) _____

Familie

Name & Beruf der Mutter _____

Name & Beruf des Vaters _____

Familienstand ledig verheiratet geschieden getrenntlebend zusammenlebend

Geschwister mit Geburtsdatum _____

Anzahl der im Haushalt lebenden Personen _____

Straße _____

Wohnort _____

Telefon _____ Handy _____

wann erreichbar _____ Fax/ Email _____





Name des Ansuchenden (wenn kein Familienmitglied)

Vor- und Nachname _____

Straße _____

Wohnort _____

Telefon _____ Handy _____

wann erreichbar _____ Fax/ Email _____

Kurzdarstellung der Krankheitsgeschichte bzw. Diagnose des Kindes

(Bitte fügen Sie ärztliche Atteste, Krankenberichte, usw. in Kopie bei!)

Behandelnder Arzt / Betreuer / Therapeut / Psychologe etc.

Name _____

Krankenhaus oder sonstige Einrichtung _____

Straße _____

Ort _____

Telefon _____ wann erreichbar _____

Fax/ Email _____

Weitere Ärzte/ Betreuer/ Therapeuten/ Psychologen, etc.

Name _____

Krankenhaus oder sonstige Einrichtung _____

Adresse _____

Telefon _____ wann erreichbar _____

Fax/ Email _____

Weitere Personen, bei denen Aktion Kindertraum nötigenfalls Rücksprache halten kann



Wie oder von wem haben Sie von Aktion Kindertraum erfahren?



Hat Aktion Kindertraum dem Kind schon einmal einen Wunsch erfüllt?

Ja

Nein

Wir erlauben Aktion Kindertraum, Kontakt zu Ärzten oder Therapeuten aufzunehmen, um sich über den Zustand des Kindes zu informieren.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Wir bestätigen die Richtigkeit unserer Angaben. Uns ist bewusst, dass Aktion Kindertraum Wünsche mit Sachkosten nur dann erfüllt, wenn die Eltern nicht in der Lage sind, selbst diesen Wunsch zu erfüllen.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Wir sind damit einverstanden, dass Aktion Kindertraum über den Herzenswunsch und die Geschichte des Kindes auf der Homepage und anderen Medien berichten darf. Dies geschieht nach Wunsch mit geänderten Namen zum Schutze der Persönlichkeit.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Ich Sorge dafür, während der Wunscherfüllung Foto- oder Filmaufnahmen vom Herzenswunschkind zu machen und diese Aufnahmen Aktion Kindertraum zu überlassen. Ich erteile Aktion Kindertraum die Erlaubnis, diese Fotos/Videos honorarfrei zu verwenden für

- ◆ Online-Publikationen (Homepage, Facebook etc.) Ja Nein
- ◆ Für eigene Broschüren und Druckmaterialien Ja Nein

Bemerkungen oder Einschränkungen dazu

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten



Anhang zum Fragebogen bei Wünschen mit finanziellem Aufwand



Monatliches Familieneinkommen

Legen Sie bitte geeignete Kopien bei, aus denen das Familieneinkommen ersichtlich wird (aktuelle Einkommensnachweise der letzten 3 Monate, aktuellen Einkommenssteuerbescheid, Hartz IV-Bescheid, Rentenbescheide, etc.)

Nettoeinkommen der Familie _____

Zuzüglich Sozialleistungen

Pflegegeld _____

Kindergeld _____

Wiederkehrende Zahlungen Dritter _____

(z.B. Bau- oder Wohngeld, Unterhalt) _____

Gesamtnettoeinkommen _____

Auflistung der Lebenshaltungskosten

Wohnkosten _____

Wohn-Nebenkosten _____

Lebenshaltungskosten (Ernährung, Kleidung, Drogerie, usw.) _____

Versicherungen _____

Fahrzeugkosten _____

Therapiekosten, die nicht von der Krankenkasse erstattet werden _____

Sonstige Aufwendungen im Zusammenhang mit der Erkrankung des Kindes _____

Sonstige Kosten (Schulgeld und Kindergarten etc.) _____

Darlehensverbindlichkeiten/ Schulden _____

Verbleibender Betrag _____

Besitzen Sie Vermögenswerte?

Sparguthaben, Wertpapiere, Immobilien, Sonstige _____



Weitere Ansuchen für diesen Herzenswunsch

Bei folgenden privaten Organisationen, Stiftungen oder öffentlichen Stellen fragten wir um Unterstützung für diesen Wunsch an:

Krankenkasse

Name der Krankenkasse _____

Anschrift _____

Bearbeiter Telefon _____

Ablehnung

Zusage

In Höhe von _____

Weitere:

Name der Einrichtung _____

Anschrift _____

Bearbeiter _____ Telefon _____

Ablehnung

Zusage

In Höhe von _____

Name der Einrichtung _____

Anschrift _____

Bearbeiter _____ Telefon _____

Ablehnung

Zusage

In Höhe von _____

Name der Einrichtung _____

Anschrift _____

Bearbeiter _____ Telefon _____

Ablehnung

Zusage

In Höhe von _____

Vorstehende Angaben werden hiermit an Eides statt versichert.

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

