

Stiftung
Humanitäre Hilfe
für durch Blutprodukte HIV-infizierte Personen

Stiftung des öffentlichen Rechts

Antrag auf Gewährung von Leistungen der Stiftung

1. Antragsteller (Anschrift u. Kto - Verbindung sind **nur** anzugeben, wenn diese Daten **noch nicht** bei der Deutschen Ausgleichsbank gespeichert sind).

Korrespondenzanschrift, wenn abweichend von 1.

Vorname _____

Vorname _____

Name _____

Name _____

Straße _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

PLZ _____ Ort _____

Geb. Datum _____

2. Kontoverbindung

(Konto-Inhaber, falls abweichend von 1. _____)

Institut _____
Konto Nr. _____ BLZ _____

- 3. Sofern bereits persönliche Daten wegen der Beantragung von Leistungen aus dem Programm „Humanitäre Soforthilfe“ bei der Deutschen Ausgleichsbank gespeichert sind, stimme ich der Übertragung dieser Daten auf die Stiftung „Humanitäre Hilfe für durch Blutprodukte HIV - infizierte Personen“ zu und erkläre mein Einverständnis zur Übergabe der von mir eingereichten Unterlagen an die Stiftung.
- 4. Ich ermächtige die Deutsche Ausgleichsbank, sich zur Überprüfung von Angaben an den die beigefügte Bescheinigung ausstellenden Arzt zu wenden, und befreie diesen für entsprechende Auskünfte von der ärztlichen Schweigepflicht.
- 5. Ich versichere, daß die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß und vollständig sind.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Antragstellers oder des Erziehungsberechtigten