

Antrag auf Unterstützungsleistungen aus dem Sozialfonds der Hannoverschen Unterstützungskasse e.V.

1. Daten der Antragstellerin/des Antragstellers¹

Frau Herr

wohnhaft in:

2. Daten der Mitgliedseinrichtung (Schule, Kindergarten etc.) der Hannoverschen Unterstützungskasse e.V.

3. Die Antragsberechtigung auf Leistungen des Sozialfonds ist gegeben durch:

Mitgliedschaft der Einrichtung im Sozialfonds der Hannoverschen Unterstützungskasse e.V.

erweiterter Personenkreis gemäß § 5 Nr. 2 der Ordnung für den Beirat Waldorf-Versorgungswerk und den Sozialfonds der Hannoverschen Unterstützungskasse e.V.

4. Bitte beschreiben Sie ausführlich die Gründe für Ihren Antrag. Bei Bedarf können Sie ein separates Blatt verwenden.

Auf Grund welcher Diagnose(n) wurde ärztlicherseits eine unterstützende Maßnahme empfohlen?

Welche Länge der Maßnahme empfiehlt Ihr Arzt?

In welcher Einrichtung möchten Sie die Maßnahme durchführen?

In Einzelfällen ist eine Bezuschussung der Maßnahme durch Ihre gesetzliche Krankenkasse möglich. Bitte teilen Sie uns hierfür mit, bei welcher Krankenkasse Sie versichert sind:

Weiter auf der Rückseite

¹ Um der Vielfalt des Lebens und unserer Sprache gerecht zu werden, verwenden wir unterschiedliche Ansprachen und Formen: weibliche, männliche, inklusive, generische.

5. Stellungnahme

Für eine abschließende Entscheidung durch den Vorstand der Hannoverschen Unterstützungskasse e.V. ist eine Stellungnahme Ihres behandelnden Arztes oder Heilpraktikers erforderlich.

Die Stellungnahme meines Arztes oder Heilpraktikers ist beigefügt Ja Nein

6. Kenntnis / Zustimmung

Ich habe mein Vorhaben in meiner Einrichtung mit einem Verantwortlichen (z.B. Vorstand, Geschäftsführung, Personalkreis) besprochen. Er / Sie wird mich ggf. bei Veränderungen im Anschluss an die geplante Maßnahme unterstützen.

(Name, Vorname des Verantwortlichen)

(Funktion des Verantwortlichen)

(E-Mail-Adresse des Verantwortlichen)

(Unterschrift des Verantwortlichen)

Bei Antragstellungen aus dem erweiterten Personenkreis ist eine Stellungnahme einer Mitgliedseinrichtung erforderlich.

Die Stellungnahme der Mitgliedseinrichtung ist beigefügt Ja Nein

7. Kostenbeteiligung an der geplanten Maßnahme

Die Antragsteller übernehmen die Fahrtkosten zum Ort der Maßnahme, darüber hinaus beteiligen sie sich mit einem Betrag von EUR 100,00 für jede begonnene Woche an den Kosten der geplanten Maßnahme. Bitte unterzeichnen Sie hierfür die nachfolgende Einzugsermächtigung:

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsgläubiger: Hannoversche Unterstützungskasse e.V., Pelikanplatz 23, 30177 Hannover

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE32ZZZ0000020636

Einzugsermächtigung

Hiermit beauftrage und ermächtige ich die Hannoversche Unterstützungskasse e.V., die Kostenbeteiligung in Höhe von EUR 100,00 für jede begonnene Woche von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hannoverschen Unterstützungskasse e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name des Kontoinhabers: _____

IBAN:

D	E																					
(ehem. BLZ)						(ehem. Kto.-Nr.)																

Name des Kreditinstituts: _____

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift Kontoinhaber)

8. Entbindung von der Schweigepflicht

Für abrechnungsrelevante Informationen wird die Einrichtung, in der die Maßnahme durchgeführt wird, gegenüber der Hannoverschen Unterstützungskasse e.V. von der ärztlichen Schweigepflicht befreit. Die Hannoversche Unterstützungskasse e. V. versichert, dass alle Angaben der Antragstellerin/des Antragstellers und der Einrichtung vertraulich behandelt werden.

Ich habe die nachfolgenden Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO zur Kenntnis genommen.

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift Antragsteller/in)

Informationen zum Datenschutz gemäß Art. 13 DSGVO

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

vielen Dank für die von Ihnen bereitgestellten Informationen. Um unseren datenschutzrechtlichen Pflichten nachzukommen, teilen wir Ihnen hiermit gemäß Artikel 13 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) die erforderlichen Informationen mit:

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist:

Hannoversche Unterstützungskasse e.V.

Pelikanplatz 23

30177 Hannover

Sollten Sie Fragen haben oder eine Kontaktaufnahme zu dem von uns bestellten Datenschutzbeauftragten wünschen, so ist dies unter folgender E-Mail-Adresse möglich: datenschutzteam@s-con.de.

Die von Ihnen übermittelten personenbezogenen Daten werden zum Zweck der Entscheidung über die Genehmigung von Unterstützungsleistungen aus dem Sozialfonds der Hannoverschen Unterstützungskasse e.V. gemäß Art. 6 Abs. 1 UAbs. 1 lit. b) DSGVO erhoben, verarbeitet und genutzt. Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist für die Abwicklung des Antragsprozesses und zur Entscheidung über eine Genehmigung der von Ihnen beantragten Leistungen erforderlich. Bei Nichtbereitstellung ist es uns leider nicht möglich, Ihren Antrag zu bearbeiten. Eine automatisierte Entscheidungsfindung wird nicht vorgenommen.

Eine Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten an externe Dritte erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung.

Eine Übermittlung an ein Drittland oder eine internationale Organisation der von Ihnen bereitgestellten personenbezogenen Daten findet nicht statt und ist auch nicht in Planung.

Ihre Daten werden bei uns für die Dauer der Vertragserfüllung gespeichert und darüber hinaus für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen. Nach Ablauf dieser Zeit werden die Unterlagen gelöscht bzw. vernichtet. Insofern eine Löschung nicht möglich ist, werden die Daten eingeschränkt.

Gemäß Art. 15 DSGVO steht Ihnen ein Recht auf Auskunft über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu. Darüber hinaus steht es Ihnen frei, Ihre Rechte auf Berichtigung, Löschung oder, sofern das Löschen nicht möglich ist, auf Einschränkung der Verarbeitung und auf Datenübertragbarkeit gemäß der Artikel 16–18, 20 DSGVO geltend zu machen. Sollten Sie dieses Recht in Anspruch nehmen wollen, so wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten.

Weiterhin steht Ihnen das Recht zu, sich jederzeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren. Sollten Sie der Meinung sein, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht unter Einhaltung der Datenschutzgesetze erfolgt, würden wir Sie höflich darum bitten, sich mit unserem Datenschutzbeauftragten in Kontakt zu setzen.

Weiterhin haben Sie gemäß Art. 13 Abs. 2 lit. b) DSGVO das Recht, jederzeit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu widersprechen.