



## Antrag auf Hilfeleistung / Beihilfe

( Ohne Vorlage kann keine Bearbeitung erfolgen )

Mit dem Ausfüllen des Antrages bin ich damit **einverstanden**, dass die von mir angegebenen Daten durch die PSHH e.V. erhoben, gespeichert und für das satzungsgemäße Verfahren verwendet werden.

Die PSHH e.V. wird die erhobenen Daten, sobald diese nicht mehr benötigt werden, unverzüglich löschen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Bes./Verg./Lohn- Gruppe: \_\_\_\_\_ Fam.-Stand: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Beruf/(letzte)Dienststelle: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Kinder/Anzahl: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Ehe/Partner; Name/Vorname: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Bes./Verg./Lohn- Gr.: \_\_\_\_\_

Beruf/ Arbeitgeber o.(letzte) Dienststelle: \_\_\_\_\_

Ich stelle als (ehemalige/r)<sup>1</sup> Angehörige/r der Polizei für mich/Ehe-/Partner/Kind<sup>1</sup> einen Antrag auf Hilfe/Beihilfe gemäß der Satzung der Polizeisozialhilfe Hessen e.V. wegen:

(Genaue Beschreibung des Sachverhaltes; ggf. auf gesondertem Blatt)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> nichtzutreffendes bitte streichen

# Angaben zu den Einkommens-/ Vermögensverhältnissen

**Antragsteller/in:**

**Ehe/Partner/in:**

## Einnahmen (monatl.):

Bruttoeinkommen: \_\_\_\_\_

Nettoeinkommen: \_\_\_\_\_

Kindergeld: \_\_\_\_\_

Sonst. Einkommen/Renten: \_\_\_\_\_

(z. B.: Schwerbehinderten-/ Pflegegesetz/ Unterhalt)

Vermögen: \_\_\_\_\_

**Gesamtsumme/Einnahmen:** \_\_\_\_\_

## Ausgaben (monatl.):

Miete: \_\_\_\_\_

Heizung /Strom: \_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Versicherungen: \_\_\_\_\_

Unterhalt: \_\_\_\_\_

Kreditverpflichtungen: \_\_\_\_\_

(Grund / Nachweis) \_\_\_\_\_

gesetzl. oder privat: \_\_\_\_\_

Name der Krankenkasse  
Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Hausbesitz:  Ja  Nein  Ja  Nein

Wohnungseigentum:  Ja  Nein  Ja  Nein

Monatl. Hypothekenlast: \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

(Detaillierte Angabe; ggfls. gesondert)

**Gesamtsumme/Ausgaben:** \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )  
Unterschrift

Für mich/uns<sup>1</sup> steht ein Nettoeinkommen abzüglich aller Verpflichtungen in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro zu Verfügung.

Meinem Antrag habe ich Kopien von Attesten/ ablehnende Bescheide/ Kostenvoranschläge/Rechnungen pp. beigefügt.

Aufstellung:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Vertraulichkeitsregelung**

Durch meine Unterschrift entbinde ich die zuständigen Stellen von Ihrer Schweigepflicht. Insbesondere gestatte ich der PSHH e.V. und ihren Beauftragten persönlich oder fernmündlich weitere Auskünfte, die für die Bearbeitung des Antrages erforderlich sind, einzuholen.

( \_\_\_\_\_ )  
Unterschrift

Mir ist bekannt, dass ich für eine Geldleistung, die ich erhalten habe, eine **Verwendungsbestätigung** gegenüber der PSHH abgeben muss.

Meine Angaben habe ich nach besten Wissen und Gewissen getätigt.  
Ich bitte um Befürwortung meines Antrages.

( \_\_\_\_\_ )  
Unterschrift