

# Kraniopharyngeom-Gruppe

Die Selbsthilfegruppe  
von Betroffenen - für Betroffene



Deutsche Kinderkrebsstiftung  
**Kraniopharyngeom-Familientreffen**  
Adenauerallee 134  
**53113 Bonn**

Kraniopharyngeom-Gruppe

c/o Deutsche Kinderkrebsstiftung  
Adenauerallee 134  
53113 Bonn

E-Mail: [Info@kraniopharyngeom.de](mailto:Info@kraniopharyngeom.de)  
Internet: [www.kraniopharyngeom.de](http://www.kraniopharyngeom.de)

## Antrag auf Erhalt der Sonderregelung

Ich möchte gerne am Familientreffen \_\_\_\_\_ der KranioPharyngeom-Gruppe teilnehmen.

### **Die Sonderregelung:**

Falls für Mitglieder im Einzelfall eine Teilnahme an den Kosten für Unterkunft oder Anfahrt scheitern würde, besteht die Möglichkeit, dass die Gruppe bei entsprechend vorhandener Rücklage Fahrtkosten und Übernachtungskosten übernimmt.

Meine Einkommensverhältnisse würden eine Teilnahme aber nicht gestatten.

Ich beantrage darum die Unterstützung durch die Sonderregelung für Mitglieder der Gruppe.

Ich bin

Student/in, Auszubildende/r  
(bitte Bescheinigung beifügen)

arbeitslos  
(bitte Bescheinigung beifügen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(bitte Bescheinigung beifügen)

Ich werde

mit der Bahn fahren  
(bitte Fahrkarte als Kopie beilegen)

mit dem PKW fahren  
Gefahrene Kilometer: \_\_\_\_\_

### **Unterstützungen:**

- 15 Cent/Km für Selbstfahrer **oder**
- 78 € für zwei Spartickets der Bahn
- Die Übernachtungskosten (werden mit Haus Düsse abgerechnet).
- **Nicht übernommen** werden  
Verpflegung und Getränke

### **Antragsteller**

(und alle weiteren teilnehmenden  
Familienmitgliedern, für die dieser Antrag gilt)

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

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

### **Bankverbindung**

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift