

Delphin-Netzwerk

Ganzheitliche Therapien & mehr

Delphin-Netzwerk, Hildegard Thöne, von-Bodelschwingh-Str.82, 33175 Bad Lippspringe



Sehr geehrte Familie,

ich bedanke mich für Ihr Interesse und Ihr Vertrauen in das Delphin-Netzwerk mit dem Sie uns um Unterstützung bei der Beschaffung eines behindertengerechten Fahrzeuges/Therapien bitten.

Uns erreichen täglich Anfragen zur Unterstützung.

Da ich ehrenamtlich für den Verein tätig, selbst allein Erziehend bin sind meine Kapazitäten nach persönlichen Gesprächen begrenzt.

Aufgrund der überdurchschnittlichen Nachfrage kann ich Ihnen leider momentan keinen persönlichen Gesprächstermin anbieten, da meine Termine für Beratungsgespräche schon im Dezember für das kommende Jahr verplant werden und nur in Ausnahmefällen eine Familie abspringt.

Gerne würde ich Ihnen jedoch helfen und ich bin davon überzeugt, dass wir dieses auch über den Weg der e-Mails hinbekommen.

Aufgrund der hohen Nachfrage haben wir jedoch beschlossen, die Beratungen nur noch für unsere Kinder und Paten anzubieten, damit wir diesen Service auch zukünftig sichern können. Auch uns entstehen Kosten und wir arbeiten OHNE Mitgliedsbeiträge, damit den Familien nur dann Kosten entstehen, wenn wir helfen können.

Die Patenschaft beinhaltet, dass wir Ihnen in Ihrem Fall geeignete Stiftungen benennen, die Ihnen bei der Finanzierung behilflich sein könnten. Ferner auch Kontakte zu Firmen die sich auf den Umbau von behindertengerechten Fahrzeugen spezialisiert haben.

Sofern Sie weiterhin Interesse haben benötige ich dieses Formular bitte ausgefüllt zurück, sowie Fotos von Ihren Kindern und eine kurze Krankheitsbeschreibung zu jedem Kind.

Diese benötigen wir deshalb, da wir unsere Arbeit für möglichst transparent gestalten.

Ferner erwarten wir nach Beschaffung des Fahrzeuges/ Nach Rückkehr aus der Therapie einen ausführlichen Bericht mit Fotos über diese Aktivität, die wir unseren Förderern vorlegen.

1-2 Berichte werden auch regelmäßig über unsere Zeitschrift veröffentlicht.

e-Mails kann ich auch in den späten Abendstunden noch beantworten und Ihnen so hoffentlich weiterhelfen

Dieses ist zwar mit ein wenig Arbeit und auch geringen Kosten verbunden, jedoch haben wir bisher den Familien zu ihrem Fahrzeug/Therapie verhelfen können.

Falls wir aus zeitlichen Gründen nicht helfen können sagen wir Ihnen auch dieses



Antrag auf finanzielle Unterstützung

1. Name des Antragstellers: Geb.-Datum:
.....

Adresse: Familienstand:

e-Mail-Adresse.....

Grad der Behinderung (GdB):

Staatsbürgerschaft.....

2. Falls der Antrag von einem gesetzlichen Vertreter gestellt wird:

Name des Angehörigen: Geb.-Datum:
.....

Adresse: Familienstand:
.....

Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller:

Staatsbürgerschaft.....

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Internet

Internetforum, -falls ja welches?

Empfehlung

Zeitung (PR-Bericht / Anzeige)

Sonstige Öffentlichkeitsarbeit (Flyer etc)

3. Ihre Einkommensverhältnisse:

Einkünfte aus staatlicher Unterstützung:

Pflegegeld: mtl:

Beihilfen: mtl:

Mietszins- und Wohnbeihilfe: mtl:

Pensionen/Renten: mtl:

Einkommen des Vaters: mtl:

Einkommen der Mutter: mtl:

Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung.....

Einkünfte aus selbständiger/ nicht selbständiger Tätigkeit.....

Vermögen auf Sparkonten:

Sonstige Einkünfte (laufende Zuwendungen u. ä.) mtl:

Unterhalt.....

ALG II.....

Haben Sie Haus- und Grundbesitz?

4. Monatliche Aufwendungen: mtl:
.....
Miet- und Betriebskosten: mtl:
.....
Unterhalt mtl:
.....
Sonstiges: mtl:
.....

5. a) Gegenstand des Antrages/ Therapie
Name des Therapiezentrums: Therapiedauer:
.....
Voraussichtlicher Therapie-Termin
Haben Sie bereits an einer Tier -gestützten Therapie teilgenommen: O Ja O Nein
Wenn Ja, an welcher in welchem Zentrum: Therapie Datum.....

a) Gegenstand des Antrages/ behindertengerechtes Fahrzeug
Alter des Fahrzeuges.....Km-Stand.
Geschätzter Wert.....(bitte Brief in Kopie beifügen)

6. Wie möchten Sie voraussichtlich Ihr Vorhaben finanzieren?

(Bitte Zutreffendes ankreuzen, bzw. ausfüllen)
Eigenfinanzierung – über 90% (hierbei zählt auch eine finanzielle Unterstützung durch Verwandte und nähere Bekannte)
Fremdfinanzierung – über 90%
O durch Spenden vom Arbeitgeber, inkl. Betriebsrat, Weihnachtskasse usw.

.....
(bitte Details angeben)

O durch Spenden / Spendenaufrufe von diversen Hilfsorganisationen

.....
(bitte Details angeben)

O durch Spenden von anderen Vereinen

.....
(bitte Details angeben)

O durch Subventionen, Zuschüsse usw. (Behörden, Versicherungen, usw.)

.....
(bitte Details angeben)

O durch Spenden von Firmen aus Ihrer Umgebung

.....
(bitte Details angeben)

-3-

O durch Spenden von anderen Firmen / Großfirmen

.....
(bitte Details angeben)

O durch Spenden / Spendenaufrufe in Kindergarten und/oder Schule

.....

(bitte Details angeben)

O durch anonyme Spenden aus Medien-Berichte - Zeitungen, Zeitschriften, Rundfunk und Fernsehen / Spendenaufrufe

.....
(bitte Details angeben)

O durch Spenden bzw. Einnahmen aus Veranstaltungen jeglicher Art

.....
(bitte Details angeben)

7. Geben Sie bitte Details über alle bereits bestehende „Spendenkonto“ mit Namen des Begünstigten an:

Koordinator Name des Konto Inhabers Konto Nr. BLZ Bank
(zB Verein, Organisation)

Koordinator Name des Konto Inhabers Konto Nr. BLZ Bank
(zB Verein, Organisation)

Koordinator Name des Konto Inhabers Konto Nr. BLZ Bank
(zB Verein, Organisation)

Koordinator Name des Konto Inhabers Konto Nr. BLZ Bank
(zB Verein, Organisation)

Koordinator Name des Konto Inhabers Konto Nr. BLZ Bank
(zB Verein, Organisation)

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben den Tatsachen entsprechen. Weiters, nehme ich zur Kenntnis, dass eine Unterstützung von Seitens des Vereins, Delphin-Netzwerk-Förderverein nicht verpflichtend ist, und sich nach den finanziellen Möglichkeiten des Vereins orientiert.

..... den

.....
Ort Datum Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers

-4-

Unterstützung des Delphin-Netzwerk

BESTIMMUNGEN DES ANTRAGES ZUR UNTERSTÜTZUNG

Zur Beachtung- bitte lesen Sie die angeführten Punkte sorgfältig und vollständig durch!

1. Dem Antrag sind folgende Belege im Original beizuschließen: alle Einkommensnachweise des Antragstellers, Ehepartners

(Lebensgefährten), Lohnbestätigung, letzter Einkommensteuerbescheid, letzter Einheitswertbescheid, Renten- und Pensionsabschnitte, usw.

2. Die Punkte 1. bis 7. des Antrages sind vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen. Die amtliche Überprüfung der Angaben wird vorbehalten. Unrichtige oder mangelhafte Angaben haben die Abweisung zur Folge.

3. Im Fall einer Unterstützung durch das Delphin-Netzwerk verpflichtet sich die Familie somit, Bericht- Dokumentation bzw. Bildmaterial bezüglich der durchgeführten Therapie/ des Fahrzeuges sowie sich für PR- Maßnahmen die von Seiten des Spenders erwünscht sind, dem Delphin-Netzwerk kostenlos und rechtzeitig zur Verfügung zu stellen.

4. das Delphin-Netzwerk unterstützt ausschließlich deutsche Familien.

5. Unterstützungsempfänger müssen Paten/Förderer des Delphin-Netzwerk-Fördervereins sein.
6. Der Delphin-Netzwerk-Förderverein unterstützt finanziell vorrangig tiergestützte Therapien in Deutschland um möglichst vielen Kindern helfen zu können.
7. Delphin-Netzwerk-Förderverein unterstützt einzelne Familien maximal bis zur Höhe der Therapiekosten. Die Ausschüttung findet jährlich im Dezember statt. - An die Zusage halten wir uns max. 6 Monate gebunden, sofern die Familie uns umgehend nach Erhalt dieser Zusage bestätigt, dass diese an der Therapie teilnehmen wird und uns innerhalb der 6 Monate einen Nachweis erbringt, dass die Gesamtfinanzierung gesichert ist.
8. Über den Antrag entscheidet der Ausschuss des Vereins Delphin-Netzwerk-Förderverein nach Maßgabe der Unterstützungsmittel.
Die Familien werden, sobald eine finanzielle Unterstützung von Delphin-Netzwerk-Förderverein genehmigt ist, schriftlich darüber benachrichtigt. (jeweils im Dezember)
9. Der Delphin-Netzwerk-Förderverein Unterstützungsbetrag wird allerdings erst nach Erhalt der „Anzahlungsbestätigung“ des Therapiezentrums und beim Nachweis der Sicherung der Gesamtfinanzierung direkt an das zuständige Therapiezentrum bei der „Restzahlung“ überwiesen.
10. In Falle einer Stornierung der Therapieteilnahme aus gesundheitlichen oder persönlichen Gründen, bleibt der gesamte Unterstützungsbetrag im Besitz vom Delphin-Netzwerk-Förderverein zur Wiederverwendung.
11. Familien, die vom Delphin-Netzwerk unterstützt wurden, sind verpflichtet, das Delphin-Netzwerk in allen Veröffentlichungen mit Namen und Websiteadresse zu erwähnen und uns nach Abschluss der Maßnahme innerhalb von 4 Wochen einen Erfahrungsbericht einzureichen
12. Auf Grund einer längeren Warteliste, kann das Delphin-Netzwerk keine Garantie auf eine rechtzeitige Unterstützung geben.
Der Ausschuss des Delphin-Netzwerk versichert, die angegebene Daten im Rahmen des Datenschutzes zu behandeln.

Ich bestätige, dass ich die Bestimmungen sorgfältig durchgelesen und verstanden habe.

..... den

.....
Ort Datum Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers



Förderantrag

Ich/wir möchte(n) das Delphin-Netzwerk unterstützen
Hierzu erteile(n) ich/wir Ihnen bis auf Widerruf die Einzugsermächtigung von
meinem/unserem Konto
von:

- vierteljährlich einen Betrag von € * _____
- halbjährlich einen Betrag von € * _____
- jährlich einen Betrag von € * _____
- einmalig einen Betrag von € * _____
- Ich überweise das Geld auf das Konto Delphin-Netzwerk 2515617 BLZ 47251740 Sparkasse Delbrück (nur bei einmaliger Spende)
- Mit einem Abo von € 18,-/ Jahr
- Mit dem Verkauf der Zeitschriften (Preisliste bitte gesondert anfordern)
- Mit dem Verkauf der Kunstdrucke (Preisliste bitte gesondert anfordern)

- Gesamtjahresbetrag mindestens 60,-€

- Betrag pro Lastschriftverfahren mindestens €30,- (die Mindestlaufzeit beträgt ein Jahr und verlängert sich automatisch sofern nicht 6 Wochen zum Jahresende gekündigt wird)

Name* Vorname*

Firma *

Straße*

Postleitzahl * Ort *

Telefon Fax

Handy E-Mail

BLZ * Konto-Nummer *

Institut * Ort *

Datum * Stempel/Unterschrift*1