

Antrag auf eine laufende Unterstützung im Jahr _____

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

1. **Name, Vorname** _____ ggf. Geb.name _____

Geburtsdatum/Ort _____ **Fam.-stand** _____

ggf. Name des (Ehe)Partners/der (Ehe)Partnerin _____

Geburtsdatum/-ort _____

Straße/Nr. _____ **PLZ/Ort** _____

Tel.-Nr. _____ **Mobitel.** _____

E-Mail _____ **Fax-Nr.** _____

ggf. Name und Anschrift des **Betreuers/Betreuerin** _____

2. a) Ich bin/war selbst Mitglied folgender Rechtsanwaltskammer/n: (bitte alle bisherigen Kammern angeben)

1. RAK _____ von: _____ bis: _____

2. RAK _____ von: _____ bis: _____

(Bei weiteren Zulassungen bitte Beiblatt verwenden)

b) Ich bin Witwe/r/Tochter/Sohn des/der Rechtsanwaltes/anwältin _____

verstorben am _____ zugelassen gewesen in _____ von: _____ bis: _____

3. **Bankverbindung:**

Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller) _____

IBAN _____

BIC _____ Bank _____

4. a) Folgende minderjährige bzw. in Ausbildung befindliche **Kinder** sind von mir zu versorgen:

b) In der nachfolgenden Tabelle sind alle Personen aufzuführen, mit denen Sie gemeinsam wohnen:

Name, Vorname	Geb.datum	Ausgeübter Beruf/Ausbildung
1		
2		
3		
4		

9. Meine **unterhaltspflichtigen Angehörigen** (Kinder, Eltern)

Name, Vorname	Beruf	Monatliches Einkommen, netto
1		
2		
3		
4		
5		

tragen zu meinem Unterhalt insgesamt Euro _____ monatlich bei.

Falls von diesen kein Unterhalt gewährt wird, genaue Angabe der Gründe:

Bitte ankreuzen:

10. Laufende Ausgaben	EUR	Monatlich	Viertel-jährlich	Jährlich
Miete inkl. Betriebskosten				
Sonstige Wohnkosten				
Telefon				
Radio/TV/Internet				
(Private) Krankenversicherung				
Aufwendungen für Pflege				
Kosten für Medikamente, Krankenbehandlungen etc.				
Haushaltshilfe				
Fahrtkosten				
Versicherung/en				
Abtrag von Verbindlichkeiten				
Abtrag von Verbindlichkeiten				
Sonstige:				
Sonstige:				

SUMME laufende Ausgaben

=====

11. Begründung des Antrags:

Erklärung

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass es sich bei den von der Hilfskasse Deutscher Rechtsanwälte gewährten Unterstützungen um freiwillige, jederzeit widerrufliche Leistungen handelt und ein Rechtsanspruch hierauf nicht besteht. Ich erkläre hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Jede positive wirtschaftliche Veränderung werde ich umgehend der Hilfskasse Deutscher Rechtsanwälte mitteilen.

(Ausstellungsort)

(Datum)

(Unterschrift)

Datenschutzerklärung:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Hilfskasse Deutscher Rechtsanwälte die von mir eingereichten personenbezogenen Daten und Unterlagen für die Antragsbearbeitung elektronisch erfasst, verarbeitet und ausschließlich für interne Zwecke mit folgender Ausnahme nutzt:

Von der für mich zuständigen Rechtsanwaltskammer werden Auskünfte im Rahmen unseres Vereinszwecks über eventuelle schwerwiegende berufsrechtliche Verfehlungen eingeholt. Hierfür übermittelt die Hilfskasse an die für mich zuständige Kammer meinen Namen, meine Mitgliedsnummer, meine Adresse sowie mein Geburtsdatum (siehe Anlage).

Darüber hinaus bin ich mir meines Rechtes auf Auskunft und Löschung bezüglich der gespeicherten Daten bewusst.

Ort, Datum

Unterschrift

Wir freuen uns, wenn Sie uns mitteilen, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind:

Anlage

Formular Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber der zuständigen Rechtsanwaltskammer

Anlage zum Fragebogen zur Einkommenssituation/Hilfskasse Deutscher Rechtsanwälte

Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname
ggf. Geburtsname

Anschrift

Geburtsdatum

Kammer-
Mitglieds-Nr.

Hiermit entbinde ich die Rechtsanwaltskammer _____
gegenüber der Hilfskasse Deutscher Rechtsanwälte von ihrer Schweigepflicht, soweit es
sich um Fragen handelt, die im Zusammenhang mit eventuellen berufsrechtlichen
Verfehlungen meinerseits/meines/meiner am _____ verstorbenen
Ehepartners/Ehepartnerin stehen.
(Unzutreffendes bitte streichen)

Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift