

## Antrag auf medizinische Hilfen

Заявление на оказание медицинской помощи

**Ich benötige Medikamente** lt. beigefügtem Rezept.

Я нуждаюсь в медикаментах (согласно приложенному рецепту).

**Ich benötige medizinische bzw. orthopädische Hilfsmittel** lt. beigefügter Verordnung des Arztes.

Я нуждаюсь в медицинских и ортопедических вспомогательных средствах (согласно приложенному назначению врача).

### Bezeichnung des Hilfsmittels:

Название средства

.....  
.....  
.....

### Persönliche Daten:

Личные данные

Name/Geburtsname: Фамилия, девичья фамилия:	
Vorname: Имя	
Vatersname: Отчество	
Geburtsdatum: Дата рождения	

### Anschrift:

Адрес:

Oblast: Область	
Rayon: Район	
PLZ/Ort: Индекс/название села, города:	
Straße: Улица	
Republik: Республика	

### Höhe des monatlichen Einkommens/der Rente (Antragsteller):

Величина месячного дохода/пенсии (заявитель)

\_\_\_\_\_

**Höhe des monatlichen Einkommens/der Rente (Mehrpersonenhaushalt):** \_\_\_\_\_

Величина месячного дохода/пенсии (всех членов семьи, проживающих вместе)

Анzahl der Personen in Ihrem Haushalt: \_\_\_\_\_

Число членов семьи, ведущих совместное хозяйство

**Folgende Unterlagen werden dem Antrag beigefügt:**

Следующие документы необходимо приложить к ходатайству:

- Medizinische Unterlagen: ärztliches Attest mit Diagnose und Verordnung des medizinischen/orthopädischen Hilfsmittels, aktuelle Rezepte  
Медицинские документы: медицинская справка с диагнозом и назначением медицинского/ортопедического вспомогательного средства, актуальные рецепты
- Nachweis der deutschen Abstammung (z.B.: Kopie der Geburtsurkunde).  
Доказательство немецкого происхождения (например: копию свидетельства о рождении).
- Nachweis der Bedürftigkeit (Kopie Ihres Einkommensnachweises/ Rentenbescheides sowie Kopien der Einkommensnachweise/ Rentenbescheide von allen in Ihrem Haushalt lebenden Personen)  
Доказательство нуждаемости (копия справки о доходах/пенсии, своих и всех совместно проживающих членов семьи).

**Finanzierung:**

Финансирование:

- Hiermit bestätige ich, dass ich die beantragte medizinische Hilfe nicht selbst finanzieren kann.  
Настоящим я подтверждаю, что не могу сам финансировать запрошенную мною медицинскую помощь.

**Kostenübernahme/ Kostenerstattung durch andere Stellen:**

Покрытие расходов, возмещение издержек другими организациями

- Hiermit bestätige ich, dass die Kosten für die beantragte medizinische Hilfe weder durch eine staatliche Versicherung noch durch eine andere staatliche Einrichtung übernommen oder erstattet werden können.  
Настоящим я подтверждаю, что расходы на запрошенную мною медицинскую помощь не может возместить ни государственная страховка, ни другая государственная организация.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.

Я заверяю, что указанные мною сведения полны и достоверны.

**Datenschutz**

Über den Umgang des DRK-Suchdienstes mit meinen personenbezogenen Daten sowie meine Rechte zum Schutz dieser Daten wurde ich informiert. Das beigefügte Hinweisblatt „Informationen zum Datenschutz“ habe ich zur Kenntnis genommen

Я информирован об обращении Службы розыска организации "Немецкий красный крест" с моими персональными данными, а также о моих правах для защиты этих данных. Я принял к сведению приложенный лист указания "Информация к защите прав".

\_\_\_\_\_  
Datum  
Дата

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Подпись