**Antrag auf Förderung aus dem Familiennothilfefonds**

Der Versuch, Studium und Familie zu vereinbaren, führt für viele Studierende oft zu erheblichen Belastungen. Der Familiennothilfefonds der Universität Siegen soll durch eine einmalige Zahlung dazu beitragen, Studienabbrüche von Studierenden mit Familienverantwortung zu vermeiden, wenn sich diese in temporären finanziellen Notsituationen befinden.

1. Angaben zur/m Antragsteller\*in

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |  |
| Matrikelnummer |  |
| Adresse |  |
| Telefonnummer |  |
| Email |  |

2. Angaben zum Studium

|  |  |
| --- | --- |
| Fakultät |  |
| Studiengang |  |
| Semesterzahl bei Antragstellung |  |

3. Angaben zur familiären Situation

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Familienstand |  | | |
| Wohnsituation | ohne Partner\*in  mit Partner\*in | | |
| Kinder/zu pflegende Angehörige | Zu betreuende/s/r Kind/Angehörige\*r | Weiteres Kind/Angehörige\*r | Weiteres Kind/Angehörige\*r |
| Name, Vorname |  |  |  |
| Geburtsdatum |  |  |  |
| Beigefügter Nachweis | Kopie Geburtsurkunde  ärztl. Bescheinigung über Pflegebedürftigkeit | Kopie Geburtsurkunde  ärztl. Bescheinigung über Pflegebedürftigkeit | Kopie Geburtsurkunde  ärztl. Bescheinigung über Pflegebedürftigkeit |

4. Angaben zur Betreuungssituation

Situation der Kinderbetreuung (inkl. Betreuungsumfang, beteiligte Personen, Fremdbetreuungsumfang) bzw. Situation der Pflege (inkl. Verantwortung, Betreuungsumfang, beteiligte Personen, Betreuung durch Dienstleister):

|  |
| --- |
|  |

5. Angaben zur finanziellen Situation

(inkl. Angaben zu allen Einkünften, auch der/des Partner\*in, alle weiteren finanziellen Unterstützungen)

|  |
| --- |
|  |

6. Beschreibung der Notlage und Einsatz der Fördermittel

|  |
| --- |
|  |

7. Aktuelle Studiensituation und Planung des weiteren Studiums

|  |
| --- |
|  |

8. Benötigter Förderbetrag

Ich beantrage Fördermittel in Höhe von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ (max. 700,00€)

Hinweis: Bitte beachten Sie bei dieser Angabe, dass der Nothilfefonds so viele betroffene Personen wie möglich unterstützen soll.

10. Bestätigung

|  |
| --- |
| Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum Unterschrift |

