

Anlage 2 Vorrangige Sozialleistungen (bitte Nachweise beifügen)			
Beziehen Sie oder haben Sie bereits andere Sozialleistungen beantragt? (nur mögliche/r Leistungsberechtigte/r)			
Kranken-/Pflegekasse (KV/PV)			
keine Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> ja <ul style="list-style-type: none"> • zuletzt Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse gewesen bis • bei 	<input type="checkbox"/> nein	
gesetzliche Mitgliedschaft (Rententräger/freiwillig)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Private Versicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Familienversicherung	<input type="checkbox"/> ja, über	<input type="checkbox"/> nein	
Name der KV/PV			
Versicherungsnummer			
Besteht zusätzlicher Versicherungsschutz?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="checkbox"/> nein	
Besteht Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Bestimmungen?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar	<input type="checkbox"/> nein	
Art der Leistungen	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel		
	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 0 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5		
	<input type="checkbox"/> Pflegeleistungen/zusätzliche Betreuungsleistungen (Bitte Nachweis/Bescheid vorlegen)		
	<input type="checkbox"/> Krankengeld		
	<input type="checkbox"/> wurden beantragt	<input type="checkbox"/> wurden bewilligt	<input type="checkbox"/> wurden abgelehnt
	Praxis (Name, Anschrift)	Beginn	Ende
<input type="checkbox"/> Ergotherapie			
<input type="checkbox"/> Physiotherapie			
<input type="checkbox"/> Logopädie			
<input type="checkbox"/> Psychotherapie			
<input type="checkbox"/> häusliche Krankenpflege			

Rententräger		
Altersrente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
EU-Rente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Witwen-/Witwerrente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ausländische Rente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
sonstige Renten (z.B. LAG, BAG, Betriebsrenten, BVG)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> wurden beantragt	<input type="checkbox"/> wurden abgelehnt

Bundesagentur für Arbeit		
Familienkasse/Kindergeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitslosengeld I (ALG I)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> wurden beantragt	<input type="checkbox"/> wurden abgelehnt

JobCenter		
Arbeitslosengeld II (ALG II)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges (Reha, EU-Antrag etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> wurden beantragt	<input type="checkbox"/> wurden abgelehnt

Andere Leistungsträger		
Wohngeldstelle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Jugendamt bzw. Jugendhilfeträger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kriegsopferfürsorge (Kriegsbeschädigung, Angehörige im Krieg verstorben/ vermisst, gesundheitlich beeinträchtigt?)	<input type="checkbox"/> ja, wer?	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> wurden beantragt	<input type="checkbox"/> wurden abgelehnt

noch offener Widerspruch oder Klage offene Klage	<input type="checkbox"/> ja gegen	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------------	-------------------------------