

Anlage 4 Besonderheiten (bitte nur des/der Antragstellers/-in) (bitte Nachweise beifügen)		
anerkannte körperliche, seelische oder geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erklärung
Grad der Behinderung/Merkzeichen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schwangerschaftswoche
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einhaltung einer Diät erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erklärung
Sondennahrung erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<p>Art der Erkrankung (ggf. Erläuterung des Hilfebedarfs):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wie stellt sich die aktuelle Problemlage dar? 2. Welche Hilfen benötigen Sie, um Ihre Problemsituation zu bewältigen? 3. Welche Hilfeleistungen erhalten Sie ggf. von Dritten? 		