

Anlage 2 Vorrangige Sozialleistungen (bitte Nachweise beifügen.)**Beziehen Sie bzw. haben Sie bereits andere Sozialleistungen beantragt?**
(nur Antragsteller bzw. möglicher Leistungsberechtigter)**Kranken-/Pflegekasse (KV/PV)**

Keine Mitgliedschaft:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gesetzliche Mitgliedschaft (Rententräger/ freiwillige)	<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:		

Art der Leistungen

- Hilfsmittel
 Pflegestufe 0 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3 Härtefall
 Pflegeleistungen/zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45 a SGB IX
 Krankengeld
 wurden beantragt. wurden bewilligt. wurden abgelehnt.

	Praxis (Name und 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
Waisenrente:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige (Werkstatt f. beh. Menschen, Alkoholentwöhnung):	<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
	<input type="checkbox"/> wurden beantragt	<input type="checkbox"/> wurden abgelehnt

Noch offener Widerspruch oder offene Klage	<input type="checkbox"/> ja Gegen:	<input type="checkbox"/> nein
--	---------------------------------------	-------------------------------