Anlage 4 **Besonderheiten** (Bitte nur des Antragstellers/ Leistungsberechtigten, Bitte Nachweise beifügen.)

Anerkannte körperliche, seelische oder geistige Behinderung:	☐ ja ☐ nein	Erklärung:
Grad der Behinderung/Merkzeichen:		
Besteht eine Schwangerschaft?	☐ ja ☐ nein	Schwangerschaftswoche:
Sind Sie alleinerziehend?	☐ ja ☐ nein	
Einhaltung einer Diät erforderlich?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwendigen Ernährung?	☐ ja ☐ nein	Erklärung:
Sondennahrung erforderlich?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Art der Erkrankung (ggf. Erläuterung des Hilfebedarfs):

1. Wie stellt sich Ihre aktuelle Problemlage dar?
2. Welche Hilfen benötigen Sie, um Ihre Problemsituation zu bewältigen?
3. Welche Hilfeleistungen erhalten Sie ggf. bereits von Dritten?