

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

Anerkannte körperliche, seelische oder geistige Behinderung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Grad der Behinderung/Merkzeichen:		
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schwangerschaftswoche:
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Benötigen Sie Hilfe bei einer hauswirtschaftlichen Verrichtung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwendigen Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Sondennahrung erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein