

**Anlage 2****Vorrangige Sozialleistungen**

(Bitte Nachweise beifügen.)

**Beziehen Sie bzw. haben Sie bereits andere Sozialleistungen beantragt?**

(nur antragstellende Person bzw. möglicher Leistungsberechtigte)

**Kranken-/Pflegekasse (KV/PV)**

Name der KV/PV:			
Versicherungsnummer:			
Versicherungsart:	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Private Versicherung	<input type="checkbox"/> Familienversicherung über:	
<input type="checkbox"/> keine Mitgliedschaft			

**Beziehen Sie Leistungen der Pflegekasse?**

<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"/> _____				
<input type="checkbox"/> _____				
<input type="checkbox"/> _____				

**Rentenversicherungsträger**

Altersrente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
EU- Rente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Witwen-/Witwerrente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Waisenrente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Ausländische Rente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Sonstiges			

**Bundesagentur für Arbeit**

Familienkasse/Kindergeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Arbeitslosengeld I (ALG I)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Bürgergeld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Sonstiges			

**Andere Leistungsträger**

Wohngeldstelle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Jugendamt/Jugendhilfeträger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Träger der sozialen Entschädigung (SGBXIV)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Sind Sie auf dem Gebiet der BRD Opfer einer Gewalttat geworden oder haben Sie bereits Leistungen dazu beantragt?			
Sonstiges			

Sind zu o. g. Sozialleistungsträgern noch Verfahren offen (z. B. Widerspruch/Klage)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Gegen:
---	-------------------------------	---------------------------------------