

**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) Sind Sie auf dem Gebiet der BRD Opfer einer Gewalttat geworden oder haben Sie bereits Leistungen dazu beantragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> beantragt
Sonstiges			

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