

Anlage 4**Besonderheiten**

(Bitte Nachweise beifügen.)

(nur antragstellende Person bzw. möglicher Leistungsberechtigte)

Anerkannte körperliche, seelische, geistige und/oder Sinnesbeeinträchtigung	<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? Hinweis: Nur bei Leistungsausschluss der Pflegekasse.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Bedürfen Sie einer ärztlich festgestellten krankheits- oder behinderungsbedingten kostenaufwendigen Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erklärung:
Ist Sondennahrung erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erklärung:

Angaben zum beruflichen Werdegang der antragstellenden Person

Berufsausbildung	
Art der letzten Tätigkeit	
Letzte/r Arbeitgeber/in	