

**Anlage 4****Besonderheiten**

(Bitte Nachweise beifügen.)

(nur antragstellende Person bzw. möglicher Leistungsberechtigte)

Anerkannte körperliche, seelische, geistige 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?	<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:
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	