

| <b>Anlage 2 Vorrangige Sozialleistungen</b> (bitte Nachweise beifügen)   |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>Beziehen Sie oder haben Sie bereits andere Sozialleistungen beantragt?</b><br>(nur mögliche/r Leistungsberechtigte/r) |  |   |   |
| <b>Kranken-/Pflegekasse (KV/PV)</b>  |  |   |   |
| keine Mietgliedschaft  | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein             |   |
| gesetzliche Mitgliedschaft (Rententräger/freiwillig)   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein             |   |
| Private Versicherung   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein             |   |
| Familienversicherung   | <input type="checkbox"/> ja, über  | <input type="checkbox"/> nein             |   |
| Name der KV/PV   |  |   |   |
| Versicherungsnummer  |  |   |   |
| Art der Leistungen   | <input type="checkbox"/> Hilfsmittel   |   |   |
|  | <input type="checkbox"/> Pflegestufe 0 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 1 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3 <input type="checkbox"/> Härtefall |   |   |
|  | <input type="checkbox"/> Pflegeleistungen/zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45 a SGB IX  |   |   |
|  | <input type="checkbox"/> Krankengeld   |   |   |
|  | <input type="checkbox"/> wurden beantragt  | <input type="checkbox"/> wurden bewilligt | <input type="checkbox"/> wurden abgelehnt |
|  | Praxis (Name, Anschrift)   | Beginn                                    | Ende                                      |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie  |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie  |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Logopädie   |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie  |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> häusliche Krankenpflege   |  |   |   |

| <b>Rententräger</b>                             |   |   |
|---|---|---|
| Altersrente                                     | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> nein             |
| EU-Rente  | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> nein             |
| Witwen-/Witwerrente                             | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> nein             |
| ausländische Rente                              | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> nein             |
| sonstige Renten (z.B. LAG, BAG, Betriebsrenten) | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> nein             |
| Übergangsgeld                                   | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> nein             |
|   | <input type="checkbox"/> wurden beantragt | <input type="checkbox"/> wurden abgelehnt |

| <b>Bundesagentur für Arbeit</b> |   |   |
|---------------------------------|---|---|
| Familienkasse/Kindergeld        | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> nein             |
| Arbeitslosengeld I (ALG I)      | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> nein             |
| Sonstiges                       | <input type="checkbox"/> ja               | <input type="checkbox"/> nein             |
|                                 | <input type="checkbox"/> wurden beantragt | <input type="checkbox"/> wurden abgelehnt |

