

Anlage Ehepartner / Lebenspartner

Familienname	
Geburtsname und früher geführte Namen	
Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort:
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft Anzahl Vorehen:
Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus	
Telefon / E-Mail	
Betreuer / Bevollmächtigter	Name: Vorname: Anschrift: Telefon: E-Mail: Sonstiges: Die oben aufgeführte Person ist <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> bevollmächtigt Falls bevollmächtigt - liegt eine notarielle Vollmacht vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Kranken- und Pflegeversicherung

Art des Versicherungsschutzes	<input type="checkbox"/> kein Krankenversicherungsschutz ⇒ Bitte melden Sie sich entsprechend § 264 SGB V bei einer gesetzlichen Krankenkasse in unserem Bereich an und teilen Sie uns diese mit. <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung über: _____ (Name) Vers. Nr.: _____
Name und Anschrift der Kranken- und Pflegeversicherung	Name: Anschrift: Versicherungsnummer:

Beihilfeberechtigung	Besteht im Falle der Krankheit ein Anspruch auf Beihilfe nach öffentlich- oder privatrechtlichen Regelungen (Anspruch auf Leistungen der Beihilfe) ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------	--

Mehrbedarf für Krankenkost	Bei Vorliegen bestimmter Krankheiten, die eine kostenaufwändige Ernährung erfordern, kann ein Mehrbedarf für Krankenkost gewährt werden Benötigen Sie einen Mehrbedarf für Ernährung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte Nachweis vorlegen!
-----------------------------------	---

Schwerbehinderung (GdB)	Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen „G“ oder „aG“ ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte Ausweis vorlegen! Grad der Behinderung (GdB): _____ % Oder wurde ein Antrag auf Schwerbehinderung gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein am: _____
--------------------------------	---

Angaben zur Wohnung / zur Immobilie

Art der (bisherigen) Wohnung	<p>1 <input type="checkbox"/> Mieter / Untermieter / mietähnliche Nutzungsberechtigung von Wohnraum Bitte Mietvertrag bzw. Vermieterbescheinigung vorlegen Kaltmiete _____ € Nebenkosten _____ €</p> <p>2 <input type="checkbox"/> eigene Immobilie Art der Immobilie <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Sonstiges Größe des Grundstücks: _____ € Wohnfläche: _____ €</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Wohnrecht 4 <input type="checkbox"/> Nießbrauch Bei Nr. 2 bitte Grundbuchauszug vorlegen Bei Nr. 3 und 4 bitte notariellen Vertrag vorlegen</p>
Neben- und Heizkosten	<p>Art der Heizung <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelöfen <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Festbrennstoffe <input type="checkbox"/> Sonstiges bitte angeben: _____ Heizkosten monatlich: _____ € Warmwasser monatlich: _____ € Die Warmwasserbereitung erfolgt <input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> dezentral</p>

Leben weitere Personen in obiger Wohnung	Name	Vorname	Geb.-Dat.	Stellung zum Antragsteller
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

Wohngeld / Lastenzuschuss	<p>Es wurde bereits Wohngeld bewilligt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein - Wenn ja, bitte , Bescheid vorlegen</p> <p>Falls Wohngeld höher als die SGB XII-Leistung ist, bitte Antrag auf Wohngeld stellen!</p>
----------------------------------	--