

ANTRAG AUF LEISTUNGEN ZUR SICHERUNG DES LEBENSUNTERHALTES NACH DEM ZWEITEN BUCH SOZIALGESETZBUCH (SGB II)

- ARBEITSLOSENGELD II / SOZIALGELD -

Dienststelle
Referenznummer
Nr. der Bedarfsgemeinschaft
Org.Einheit
- bitte ausfüllen, wenn bekannt -

Tag der Antragstellung

EINGANGSSTEMPEL

I. Allgemeine Daten des Antragstellers/der Antragstellerin	
Familienname	
Vorname	
Straße, Haus-Nr. - ggf. bei wem -	
PLZ, Wohnort	
Telefonnummer (mit Vorwahl) und/oder E-Mail-Adresse für Rückfragen	
Bankverbindung (bitte angeben, weil die Leistungen bargeldlos überwiesen werden)	
BLZ	Konto-Nr.
bei Bank/Postbank/Sparkasse, sonstigem Kreditinstitut	
Name des Kontoinhabers	
Falls Sie kein Girokonto haben und auch keines eröffnen können, weisen Sie dies bitte durch eine Bescheinigung einer Bank oder Sparkasse nach.	

- nicht vom Antragsteller auszufüllen -

Antrag angenommen am:

Der Antragsteller/Die Antragstellerin hat sich ausgewiesen durch:

Bundespersonalausweis

Pass

Sonstige Ausweispapiere (Hz. Datum)

Hinweise für die Sachbearbeitung (wird von der zuständigen Stelle eingetragen)	
Personen <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	
Arbeitsaufnahme am	
Erste Lohn-/Gehaltszahlung am	
Arbeitsunfähig ab	
Sonstiges	(Hz. Dat./Org.E)

II. Persönliche Verhältnisse		
	des Antragstellers / der Antragstellerin Ich bin <input type="checkbox"/> allein stehend <input type="checkbox"/> allein erziehende(r) Mutter/Vater Die Kinder sind in Abschnitt III einzutragen.	des Partners / der Partnerin des Antragstellers / der Antragstellerin nach Nr. ①, also des <input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten <input type="checkbox"/> Partners in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners
	①	②
Name (ggf. Geburtsname)		
Vorname		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum, Geburtsort		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)		

	①	②
Umfang der Erwerbsfähigkeit	Können Sie - Ihrer Einschätzung nach - mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil	Kann er/sie - Ihrer Einschätzung nach - mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
Berechtigter nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, entsprechende Nachweise mitbringen
Auszubildender - auch in Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als
Name u. Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers bzw. Angabe der Schule		
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Zuweisung für den Zeitraum vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - Zuweisung für den Zeitraum vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.
Mögliche Ausschlussgründe	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn Sie bislang Sozialhilfe bezogen haben, müssen Sie für den Bezug von Arbeitslosengeld II eine Krankenkasse wählen . Legen Sie bitte danach die Mitgliedsbescheinigung vor!		
Krankenversicherung (KV)	Ich bin in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Name und Sitz der Krankenkasse	Er/sie ist in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert oder familienversichert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja: Name und Sitz der Krankenkasse
	Versichertennummer: Wenn nein: <input type="checkbox"/> Ich war bisher nicht krankenversichert. ⇒ Wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor. <input type="checkbox"/> Ich war bisher privat krankenversichert. (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)	Versichertennummer: Wenn nein: <input type="checkbox"/> Er/sie war bisher nicht krankenversichert. ⇒ Wählen Sie bitte eine Krankenkasse und legen Sie eine Mitgliedsbescheinigung vor. <input type="checkbox"/> Er/sie war bisher privat krankenversichert. (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)
Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin von Ihrem Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner getrennt leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen familienversichert werden können.		
Getrennt lebend? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte ausfüllen ⇒	Angaben zum Ehegatten/eingetr. Lebenspartner Name, Vorname _____ Name und Sitz der Krankenkasse	Angaben zum Ehegatten/eingetr. Lebenspartner Name, Vorname _____ Name und Sitz der Krankenkasse
	Versichertennummer:	Versichertennummer:
Wichtiger Hinweis: Wenn Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben , können Sie oder Ihr Partner/Ihre Partnerin bei einem Elternteil familienversichert werden.		
23. Lebensjahr bereits vollendet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn nein, bitte ausfüllen ⇒	Angaben zur Mutter Name, Vorname, Geburtsdatum	Angaben zur Mutter Name, Vorname, Geburtsdatum
	Name und Sitz der Krankenkasse	Name und Sitz der Krankenkasse
	Versichertennummer:	Versichertennummer:
	Angaben zum Vater Name, Vorname, Geburtsdatum	Angaben zum Vater Name, Vorname, Geburtsdatum
	Name und Sitz der Krankenkasse	Name und Sitz der Krankenkasse
	Versichertennummer:	Versichertennummer:

	①	②
Rentenversicherung (RV)	Versicherungszweig <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> der Arbeiter <input type="checkbox"/> der Angestellten	Versicherungszweig <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> der Arbeiter <input type="checkbox"/> der Angestellten
	RV-Nr.:	RV-Nr.:
	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden
	Geburtsland/-ort _____ <input type="checkbox"/> Private Rentenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)	Geburtsland/-ort _____ <input type="checkbox"/> Private Rentenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)

III. Persönliche Verhältnisse der mit dem Antragsteller/der Antragstellerin in einem Haushalt lebenden weiteren Personen			
 Leben weitere Angehörige im gemeinsamen Haushalt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, tragen Sie bitte die weiteren Angehörigen in der Reihenfolge des Geburtsdatums ein. Bei vier oder mehr Angehörigen ist das Zusatzblatt 4 zu verwenden.			
	③	④	⑤
Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller/ Partner(in)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum Geburtsort			
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> _____ seit _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere: _____ (sofern bereits eine Arbeitsgenehmigung erteilt wurde, bitte beifügen)
Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit (falls vorhanden)			
Erwerbsfähigkeit (Angabe nur ab vollendetem 15. Lebensjahr erforderlich)	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	Kann er/sie – Ihrer Einschätzung nach – mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____
Berechtigte(r) nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja entsprechende Nachweise mitbringen
Auszubildender - auch in Schulausbildung -	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als _____
Name u. Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers bzw. Angabe der Schule			
Unterbringung in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zuweisung vom _____ bis _____ Wenn ja: Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor.
Mögliche Ausschlussgründe	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	- nicht vom Antragsteller auszufüllen - <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Die folgenden Fragen zur Kranken- und Rentenversicherung der Angehörigen sind nur zu beantworten, wenn diese das 14. Lebensjahr vollendet haben.			
	③	④	⑤
Krankenversicherung (KV)	<input type="checkbox"/> Name u. Sitz der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Name u. Sitz der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Name u. Sitz der Krankenkasse
	Versichertennummer:	Versichertennummer:	Versichertennummer:
	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (Bitte Zusatzblatt Sozialversicherung ausfüllen)
	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/> Nicht krankenversichert
Rentenversicherung (RV)	Versicherungszweig <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche RV der <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellten	Versicherungszweig <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche RV der <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellten	Versicherungszweig <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Knappschaftliche RV der <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Angestellten
	RV-Nr.:	RV-Nr.:	RV-Nr.:
	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/Geburtsort:	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/Geburtsort:	<input type="checkbox"/> RV-Nr. wurde beantragt <input type="checkbox"/> RV-Nr. soll beantragt werden Geburtsland/Geburtsort:

IV. Leistungen für besondere Mehrbedarfe	
	Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch die Regelleistung abgedeckt sind. Dies gilt für alle Angehörigen innerhalb des Haushaltes.
Ein(e) Angehöriger/Angehörige innerhalb der Haushaltsgemeinschaft	
<input type="checkbox"/>	ist schwanger . ⇨ Name, Vorname: _____ Legen Sie bitte den Mutterpass vor!
<input type="checkbox"/>	gehört zum Personenkreis der schwer behinderten Menschen und erhält Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben . ⇨ Name, Vorname: _____ Legen Sie bitte den Bewilligungsbescheid vor!
<input type="checkbox"/>	Bedarf aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung . ⇨ Name, Vorname: 1. _____ 2. _____
Zum Nachweis der Erforderlichkeit und der Art des Mehrbedarfes ist ein Vordruck beim zuständigen Träger erhältlich, der von Ihrem Hausarzt auszufüllen ist.	

V. Wohnverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden weiteren Personen	
	Kosten für Unterkunft und Heizung sind im “Zusatzblatt 1 zur Feststellung der angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung“ einzutragen.

VI. Einkommensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden weiteren Personen	
	Als Einkommen sind alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert zu berücksichtigen. Haben Sie und/oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Angehörigen Einnahmen aus <ul style="list-style-type: none"> ▶ nichtselbständiger oder selbständiger Arbeit, Vermietung oder Verpachtung, Land- und Forstwirtschaft, ▶ Kindergeld, Entgeltersatzleistungen wie Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Krankengeld, ▶ Renten aus der Sozialversicherung, Betriebsrenten oder Pensionen, ▶ Unterhaltszahlungen, Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz, ▶ Zinsen, Kapitalerträge, Wohngeld, Sozialhilfe nach dem SGB XII, ▶ sonstige laufende oder einmalige Einnahmen gleich welcher Art?
<input type="checkbox"/>	Keine der in den Abschnitten II und III aufgeführten Personen haben Einkommen.
<input type="checkbox"/>	Folgende der in den Abschnitten II und III aufgeführten Personen haben Einkünfte: Name, Vorname _____ Art des Einkommens _____ Name, Vorname _____ Art des Einkommens _____ Name, Vorname _____ Art des Einkommens _____ Reichen Sie bitte als Nachweis der Einkommensverhältnisse das Zusatzblatt 2 – getrennt für jeden Einkommensbezieher – ein. Bei Bezug von Sozialleistungen legen Sie bitte zusätzlich den a k t u e l l e n Bewilligungsbescheid vor.
<input type="checkbox"/>	Es besteht ein Anspruch auf Kindergeld in Höhe von monatlich _____ Euro Kindergeld-Nr. _____ ⇨ Aktuellen Nachweis vorlegen (z.B. Kontoauszug über Höhe des Kindergeldes) Personen <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤

VII. Vermögensverhältnisse des Antragstellers/der Antragstellerin und der im Haushalt lebenden weiteren Personen



Als Vermögen sind alle verwertbaren Vermögensgegenstände zu berücksichtigen.

Haben Sie und/oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Angehörigen Vermögen, z.B.

- ▶ Bank- und Sparguthaben, Bargeld usw.
- ▶ Kraftfahrzeug, Wertpapiere, Aktien, Aktienfonds,
- ▶ Kapitallebensversicherungen, private Rentenversicherungen, „Riester-Rente“, Bausparverträge usw.,
- ▶ bebaute oder unbebaute Grundstücke, Hausbesitz (z.B. ein Ein- oder Mehrfamilienhaus), Eigentumswohnung, sonstige Immobilien,
- ▶ sonstige Vermögensgegenstände, wie z.B. Wertsachen, Gemälde?

⇒ Ich (**Antragsteller**) und/oder **mein/e Partner/in** (vgl. Abschnitt II) haben Vermögen, das den Wert von 4.850 Euro je Person (also bei Partnern insgesamt 9.700 Euro) übersteigt. ja nein

⇒ Die im Abschnitt III aufgeführten **weiteren Angehörigen** haben Vermögen, das den Wert von je 750 Euro übersteigt. ja nein

Wenn eine der beiden Fragen mit „ja“ beantwortet wurde, ist das **Zusatzblatt 3** auszufüllen.

VIII. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft



(z.B. geschiedener oder getrennt lebender Ehegatte, Vater eines nichtehelichen Kindes, Eltern, Kinder usw.)

Name (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Geburtsdatum			
Verwandtschaftsverhältnis			
PLZ, Wohnort			
Straße, Haus-Nr.			
Name, Vorname des Unterhaltsberechtigten			

Bitte Nachweise vorlegen, wie z.B. Unterhaltstitel, Vergleich, schriftliche Vereinbarung, Urkunde über die Höhe des Unterhalts.

Unterhaltsleistungen werden erbracht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 ausfüllen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 ausfüllen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, bitte Zusatzblatt 2 ausfüllen
Unterhaltsleistungen werden nicht erbracht	Wurden oder werden Unterhaltsleistungen geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurden oder werden Unterhaltsleistungen geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wurden oder werden Unterhaltsleistungen geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

IX. Sonstige Ansprüche gegenüber Arbeitgeber, Sozialleistungsträger und Schadensersatzansprüche

1.	Erheben Sie oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen Ansprüche gegen einen ehemaligen Arbeitgeber für Zeiten nach dem Ausscheiden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
	<table border="1"> <tr> <td>Wenn ja, Name, Vorname:</td> <td rowspan="3">Anschrift des Arbeitgebers:</td> </tr> <tr> <td>Grund:</td> </tr> <tr> <td>Gericht/AZ:</td> </tr> </table>	Wenn ja, Name, Vorname:	Anschrift des Arbeitgebers:	Grund:	Gericht/AZ:				
Wenn ja, Name, Vorname:	Anschrift des Arbeitgebers:								
Grund:									
Gericht/AZ:									
2.	Haben Sie oder die mit Ihnen im Haushalt lebenden Personen (eine) andere Leistung(en) beantragt oder beabsichtigen Sie einen entsprechenden Antrag zu stellen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
	<p>⇒ Anzugeben sind insbesondere alle Rentenarten, Ausgleichszahlungen des ehemaligen Arbeitgebers, Kindergeld, Kinderzuschlag nach § 6a Bundeskindergeldgesetz, Wohngeld, Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII.</p> <p>Angabe der Person, die Leistungen beantragt hat:</p> <table border="1"> <tr> <td>Art der Leistung(en):</td> <td>Sozialleistungsträger:</td> <td>beantragt am:</td> <td>für die Zeit ab:</td> </tr> </table> <p>Angabe der Person, die Leistungen beantragt hat:</p> <table border="1"> <tr> <td>Art der Leistung(en):</td> <td>Sozialleistungsträger:</td> <td>beantragt am:</td> <td>für die Zeit ab:</td> </tr> </table>	Art der Leistung(en):	Sozialleistungsträger:	beantragt am:	für die Zeit ab:	Art der Leistung(en):	Sozialleistungsträger:	beantragt am:	für die Zeit ab:
Art der Leistung(en):	Sozialleistungsträger:	beantragt am:	für die Zeit ab:						
Art der Leistung(en):	Sozialleistungsträger:	beantragt am:	für die Zeit ab:						
3.	Meine Hilfebedürftigkeit / Die Hilfebedürftigkeit einer mit mir im Haushalt lebenden Person wurde durch einen Unfall verursacht. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
	<p>Wenn ja, Angabe des/der Geschädigten:</p> <p>Bitte – soweit noch nicht geschehen – den Unfallbogen ausfüllen!</p>								

