



Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____
 Straße und Hausnummer: _____
 Postleitzahl: _____ Wohnort: _____
 Telefonnummer: _____ E-Mail: _____
 Mobil: _____ Staatsangehörigkeit: _____
 Familienstand: _____ Geburtsort: _____
 Identifikations-Nr. (ID-Nr.): _____ Konfession: _____

Haben Sie eigene Kinder? Ja Nein
 (Wenn ja, legen Sie bitte eine Kopie der Geburtsurkunde vor!)

Krankenkasse:

Name: _____
 Anschrift: _____
 Versicherten-Nr.: _____
 Telefon: _____

Schwerbehindertenausweis: Ja Nein Grad der Behinderung: _____ Merkmale: _____
 Rollstuhlfahrer: Ja Nein Andere Hilfsmittel (Welche?): _____

Bankverbindung:

Bank: _____
 Anschrift: _____
 Kontoinhaber: _____
 IBAN: _____ BIC: _____

Angaben zur Wohnform:
 (zutreffendes Ankreuzen)

Elternhaus/ Familie Eigene Wohnung ohne Betreuung
 besondere Wohnform Ambulant begleitetes Wohnen Seit wann: _____
 Träger: _____
 (Anschrift, Telefon/E-Mail)
 Kostenträger: _____
 Ansprechpartner/Bezugsperson: _____
 (Telefon, E-Mail)

Angehörige/ Vertrauensperson/Notfallkontakt:

1 2

Name, Vorname: _____
 Straße: _____
 Postleitzahl, Wohnort: _____
 Telefon: _____
 Mobil: _____
 E-Mail: _____
 Verwandtschaftsgrad: _____

Gesetzlicher Betreuer gem. §§ 1897, 1900 BGB:
 Name, Vorname:
 Straße: Telefon:
 PLZ, Wohnort: E-Mail:

Rentenversicherung:
 DRV Bund DRV Land Sonstiges:
 Sozialversicherungsnummer:

Rentenbezug:
 Rentenform:
 Bewilligungszeitraum: Vom: Ggf. bis:

Bezug von Leistungen:

Bezug von Leistungen aus dem SGB II (Harz IV) / Bedarfsgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Bezug von Grundsicherungsleistungen (SGB XIII)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Bezug von Pflegegeldleistungen (SGB XI)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Pflegegrad:
Bezug von Kindergeldleistungen: (für Antragssteller, nicht für eigene Kinder)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wer bezieht das Kindergeld?	<input type="checkbox"/> Antragssteller	<input type="checkbox"/> Eltern	

Hausarzt:	Name:
	Anschrift:
	Telefon:
	Facheinrichtung:
Facharzt (1):	Name:
	Anschrift:
	Telefon:
	Facheinrichtung:
Facharzt (2):	Name:
	Anschrift:
	Telefon:
	Facheinrichtung:

- Bitte folgende Unterlagen beifügen (ggf. Kopien)**
- **Passbild (gerne in digitaler Form)**
 - **Feststellungsbescheid**
 - **Betreuungsurkunde**
 - **Rentenbescheid bzw. Ablehnungsbescheid**
 - **Grundsicherungsbescheid SBX XII**
 - **Schwerbehindertenausweis (gerne in digitaler Form)**
 - **Allergieausweis**
 - **Anfallskalender**