

Az:

Stammdaten

Leistungsberechtigte

Name, Vorname	, _____	letzter gewöhnlicher Aufenthalt	_____
Geb./ Geb.ort/ Geschlecht	_____ bitte auswählen	Staatsangehörigk.	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> EU
Straße Nr.	_____	Aufenth. Status	_____
Plz. Wohnort	_____	Aufenth. Frist	_____
dort seit	_____	Leist.AsylbLG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon	_____	Sprachen	_____
mobil	_____	Sprachmittler/in	_____
E-Mail	_____	Telefon/ E-Mail	_____
Unterbringungs- Beschluss/ bis	<input type="checkbox"/> _____	Dolmetscher	<input type="checkbox"/> erforderlich

Pflege

Pflegegrad nicht erforderlich vorläufig

Sachleistung Geldleistung nicht festgestellt

beantragt am _____

abgelehnt am _____

weitere Angaben

Krankenkasse _____

behandelnder
Facharzt _____

Schwer-
Behinderung GdB Merkzeichen gültig bis

Gleichstellung beantragt am

Vertretung

Art - _____

Name, Vorname _____ , _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

mobil _____

E-Mail _____

Wirkungskreise alle Vermögen Behörden Post

Gesundheit Aufenthalt Wohnung

Einwilligungsvorbehalt

Einkommen/ Vermögen

sv. Beschäftigung _____

WfbM-Lohn _____

Rente _____

befristet bis _____

Unterhalt _____

ALG I _____

Transferleistungen ALG II HLU GruSi WoGe

Krankengeld _____

Vermögen _____

Az:

wichtige Personen

Name	_____	Name	_____
Funktion	_____	Funktion	_____
Telefon	_____	Telefon	_____
mobil	_____	mobil	_____
E-Mail	_____	E-Mail	_____

Name	_____	Name	_____
Funktion	_____	Funktion	_____
Telefon	_____	Telefon	_____
mobil	_____	mobil	_____
E-Mail	_____	E-Mail	_____

Name	_____	Name	_____
Funktion	_____	Funktion	_____
Telefon	_____	Telefon	_____
mobil	_____	mobil	_____
E-Mail	_____	E-Mail	_____

Name	_____	Name	_____
Funktion	_____	Funktion	_____
Telefon	_____	Telefon	_____
mobil	_____	mobil	_____
E-Mail	_____	E-Mail	_____