

Name, Vorname		Anlage 4 zum Antrag auf Sozialhilfe – Eingliederungshilfe –	
Geschäftszeichen <input type="checkbox"/> Soz <input type="checkbox"/> Jug			
Zum Antrag vom			
Beantragte Leistung		▶ Hinweis; sofern Körperersatzstücke, orthopädische oder andere Hilfsmittel beantragt werden Diese Hilfsmittel werden nur dann instand gesetzt oder ersetzt, wenn sie unbrauchbar werden durch die natürliche Abnutzung bzw. ohne Ihre Schuld	
Sind gleichartige Leistungen bereits bei anderen Kostenträgern beantragt worden?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ▶	Kostenträger
Kostenbeteiligung von (Stelle)		▶ EUR ▶	für (z. B. Kur)
Art der Behinderung oder Krankheit			
Entstehungsursache (z. B. Kriegsbeschädigung, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, angeborenes Leiden)			
Schwerbehindert <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja		▶ Bitte Bescheid beifügen	
Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> 1. KI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> EB			
Leistungen nach dem Gesetz über die Gewährung von Pflegeleistungen <input type="checkbox"/> erhalte ich <input type="checkbox"/> erhalte ich nicht		Stufe	▶ Bitte Bescheid beifügen
Telebusausweis <input type="checkbox"/> habe ich <input type="checkbox"/> habe ich nicht <input type="checkbox"/> habe ich beantragt <input type="checkbox"/> ist abgelehnt worden			
Bisher durchgeführte Maßnahmen:		am	Art
<input type="checkbox"/> Letzte orthopädische Versorgung			
		Kostenträger	
<input type="checkbox"/> Ambulante Behandlung (auch Psychotherapien und verwandte Therapien)		von/bis	Behandelnde(r) Arzt/Ärztin oder Therapeut/Therapeutin
		Kostenträger	
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung (u. a. Heilverfahren, Entzugsmaßnahmen)		von/bis	Krankenhaus, Sanatorium bzw. behandelnde(r) Arzt/Ärztin
		Kostenträger	
<input type="checkbox"/> Schulische oder berufliche Hilfe		Ausbildungsstelle	Art
		Kostenträger	
<input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen		Art	
		Kostenträger	
<input type="checkbox"/> D. untersuchende Arzt/Ärztin		<input type="checkbox"/> des Versorgungsamtes <input type="checkbox"/> des Gesundheitsamtes _____ (Name d. Arztes/Ärztin oder der Institution)	
<input type="checkbox"/> D. Landesarzt/Landesärztin für _____ darf dem Träger der Sozialhilfe die zur Entscheidung über meinen Antrag erforderlichen Untersuchungsergebnisse mitteilen.			
Unterschrift d. Antragstellenden/Datum			
Wenn Sie den/die nebenstehend genannte(n) Arzt/Ärztin nicht von seiner/ihrer Schweigepflicht entbinden, kann wegen mangelnder Mitwirkung der Antrag abgelehnt werden (§ 66 SGB I). Auf mein Widerspruchsrecht nach § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X und die möglichen Konsequenzen eines Widerspruchs (§ 66 SGB I) bin ich hingewiesen worden. Ich mache von diesem Widerspruchsrecht keinen Gebrauch.			
Unterschrift d. Antragstellenden/Datum			