

Antrag auf Übernahme von „Sonderbedarfen“ nach § 21 Abs. 6 SGB II



Füllen Sie bitte das Antragsformular (ohne die grau unterlegten Felder) vollständig aus.

Allgemeine Angaben	
Bedarfsgemeinschaftsnummer:	04412BG00_____
Familienname, Vorname Antragsteller:	_____
Geburtsdatum:	____.____.____
Straße, Hausnummer:	_____
Postleitzahl, Ort:	_____
Telefonnummer (für Rückfragen, freiwillige Angabe):	_____
IBAN:	_____
BIC-/SWIFT-Code:	_____
Kreditinstitut:	_____
Kontoinhaber:	_____

unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger Bedarf	
Ich beantrage die Übernahme eines Sonderbedarfes auf Grund der nachfolgenden Bedarfssituation (bitte zutreffendes ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Schulbücher Als Nachweis ist die Schulbuchbestellliste vorzulegen.	<input type="checkbox"/> Nachweis liegt vor
<input type="checkbox"/> Nichtverschreibungspflichtige Arznei-/Heilmittel Ich habe eine chronische Erkrankung und benötige laufend Arznei-/Heilmittel zur Gesundheitspflege (z.B. Hautpflegeprodukte bei Neurodermitis, Hygieneartikel bei ausgebrochener HIV-Infektion).	<input type="checkbox"/> Nachweis liegt vor <input type="checkbox"/> Nachweis liegt vor <input type="checkbox"/> Ablehnungsbescheid der Krankenkasse liegt vor
<input type="checkbox"/> Ich leide unter der folgenden Erkrankung: _____ Als Nachweis ist eine ärztliche Bescheinigung über die Art der Erkrankung und die Notwendigkeit des Arznei-/Heilmittels vorzulegen.	
<input type="checkbox"/> Die Kosten betragen monatlich: _____, ____ Euro Als Nachweis ist eine Kopie des vom behandelnden Arztes ausgestellten Rezeptes, sowie ein Kostenvoranschlag über die Höhe der Kosten (ausgestellt von einer Apotheke) vorzulegen.	
<input type="checkbox"/> Die beantragten Kosten für Arznei-/Heilmittel werden nicht von der Krankenkasse übernommen. Als Nachweis ist der Ablehnungsbescheid der Krankenkasse vorzulegen.	<input type="checkbox"/> Ablehnungsbescheid der Krankenkasse liegt vor
<input type="checkbox"/> Putz-/Haushaltshilfe für körperlich stark beeinträchtigte Personen Ich leide unter einer geistigen, körperlichen oder seelischen Krankheit oder Behinderung und benötige für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer in erheblichem oder höherem Maße Hilfe im Haushalt.	<input type="checkbox"/> Ablehnung liegt vor <input type="checkbox"/> Nachweis liegt vor <input type="checkbox"/> 3 Kostangebote liegen vor
<input type="checkbox"/> Pflegegeld wurde von der Pflegekasse abgelehnt. Als Nachweis ist der Ablehnungsbescheid der Pflegekasse vorzulegen.	
<input type="checkbox"/> Mir steht keine anderweitige Unterstützung (z.B. durch Angehörige) zur Verfügung. <input type="checkbox"/> Die Kosten betragen monatlich: _____, ____ Euro Dem Antrag sind 3 Kostangebote für eine Haushaltshilfe beizufügen.	

<input type="checkbox"/> Kosten zur Wahrnehmung des Umgangsrechts Für das nachfolgend benannte Kind besteht eine Umgangsrechtsvereinbarung: Name des Kindes: _____ Geburtsdatum des Kindes: _____ Adresse des Kindes: _____ 1. Sorgeberechtigte/-r: _____ 2. Sorgeberechtigte/-r: _____ Zweck und Anlass für die Ausübung des Umgangsrechts: _____ _____ Art des genutzten Verkehrsmittels: _____ Entfernung (einfach) zwischen Wohnort des Antragstellers und Wohnort des Kindes: _____ km Ich zahle Unterhalt in Höhe von _____, _____ Euro pro Monat	<input type="checkbox"/> Vereinbarung Umgangsrecht liegt vor
<input type="checkbox"/> sonstiger Sonderbedarf Art des Sonderbedarfes/Begründung: _____ _____ _____ _____ Höhe der Kosten: _____, _____ Euro pro Monat Zur Geltendmachung sind geeignete Nachweise vorzulegen (z.B. Kostenvoranschläge, Nachweise über bisher entstandene Kosten, Bestätigung über die Notwendigkeit, etc.)	<input type="checkbox"/> Nachweise liegen vor

Hinweis zum Datenschutz

Wenn Sie einen Antrag stellen oder Unterlagen nachreichen, verarbeiten wir Ihre Daten. Ihnen steht die Information für Antragsteller und Leistungsempfänger im Internet unter <https://www.efa-sk.de/datenschutz> zur Einsicht zur Verfügung. Die Information kann auf Wunsch auch in den Geschäftsstellen des Eigenbetriebs für Arbeit eingesehen werden.

Ich habe die Angaben nochmals geprüft und bestätige, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen und alle Tatsachen mitgeteilt wurden.

_____ Ort und Datum	_____ Unterschrift Antragsteller/-in
_____ Ort und Datum	_____ Unterschrift des gesetzlicher Vertreter minderjähriger Antragsteller bzw. Betreuer