

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	_____