

| I) Angaben über Ehepartner/in – Lebensgefährte/in und Kinder | | |
|--|---|---|
| | 1 | 2 |
| Name, Vorname | | |
| Anschrift (sofern nicht im Haushalt lebend) | | |
| Geburtsdatum | | |
| Geburtsort und Staatsangehörigkeit | | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> trans/inter | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> trans/inter |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden | | |
| Telefonnummer | | |
| Krankenkasse | | |
| Versicherungsart | <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert über: _____ | <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert über: _____ |
| Schwerbehindertenausweis | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ausgeübte Tätigkeit | | |
| Arbeitgeber | | |
| Gesetzlicher Betreuer | | |
| | 3 | 4 |
| Name, Vorname | | |
| Anschrift (sofern nicht im Haushalt lebend) | | |
| Geburtsdatum | | |
| Geburtsort und Staatsangehörigkeit | | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> trans/inter | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> trans/inter |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden | | |
| Telefonnummer | | |
| Krankenkasse | | |
| Versicherungsart | <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert über: _____ | <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert über: _____ |
| Schwerbehindertenausweis | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ausgeübte Tätigkeit | | |
| Arbeitgeber | | |
| Gesetzlicher Betreuer | | |

| II) Angaben über Ehepartner/in – Lebensgefährte/in und Kinder | | |
|--|---|---|
| | 5 | 6 |
| Name, Vorname | | |
| Anschrift (sofern nicht im Haushalt lebend) | | |
| Geburtsdatum | | |
| Geburtsort und Staatsangehörigkeit | | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> trans/inter | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> trans/inter |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden | | |
| Telefonnummer | | |
| Krankenkasse | | |
| Versicherungsart | <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert über: _____ | <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> familienversichert über: _____ |
| Schwerbehindertenausweis | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ausgeübte Tätigkeit | | |
| Arbeitgeber | | |
| Gesetzlicher Betreuer | | |
| II) Angaben zu den Eltern des/der Hilfesuchenden | | |
| Name, Vorname | | |
| Anschrift (sofern nicht im Haushalt lebend) | | |
| Geburtsdatum | | |
| Sterbedatum | | |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden (Mutter/Vater) | | |
| Telefonnummer | | |
| Ausgeübte Tätigkeit | | |
| Arbeitgeber | | |

Ort

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

ggf. Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in, Vormund/in