

Name .....

A12

Anschrift .....

Ort .....

den .....

(Datum)

An das  
Sozialamt .....

.....  
Adresse

.....  
Ort

### Antrag auf Leistungen wegen Krankheit / Behinderung / Pflegebedürftigkeit

Ich beantrage hiermit nach AsylbLG bzw. SGB XII die folgenden Leistungen:

- Übernahme der laufenden **Krankenversicherung** nach 32 SGB XII / § 6 AsylbLG, hilfsweise nach § 264 SGB V bei der .....
- Krankenscheine** für Arzt und Zahnarzt nach § 48 SGB XII / § 4 AsylbLG für mich/ und jeden meiner Familienangehörigen/ zum Zwecke der Vorsorge und ggf. der Akutkrankenbehandlung .....
- Ernährungszulage /Mehrbedarfszuschlag** nach § 30 SGB XII / § 6 AsylbLG wegen .....
- Kostenzusage für **Krankenhausbehandlung** (planbare Operationen einschl. Transplantationen - akute Notfälle müssen ohnehin sofort vom Krankenhaus aufgenommen werden)
- Kostenübernahme für ärztl. verordnete **Hilfsmittel** bzw. **Heilmittel** und **Pflegehilfsmittel** (z.B. Rollstuhl, Prothese, Brille, Hörgerät etc.; Physiotherapie, psychoth. Behandlung, Logopädie etc.;Windeln, Unterlagen, Pflegebett etc.; **Zahnersatz**, kieferorthop. Behandlung nach § 47 ff. und 61 ff. SGB XII / §§ 4 + 6 AsylbLG
- wegen stat. **Krankenhausbehandlung/Pflege** die Zahlung des **Barbetrags zum persönlichen Bedarf** nach AsylbLG/ SGB XII zur Deckung meiner persönlichen Bedürfnisse sowie einen Bademantel und Hausschuhe
- Fahrtkosten** für **öff. Verkehrsmittel** zum Arzt/Krankenhaus nach § 27a Abs 4 SGB XII / §§ 4 + 6 AsylbLG wegen medizinischer Behandlung. Termine laut ärztl. Attest einmalig am ..... / an folgenden Tagen ..... / regelmäßig ..... mal im Monat/
- Fahrtkosten** für **Taxi/Krankenwagen** zum Arzt/Krankenhaus/Behördenbesuch nach § 27a Abs 4 SGB XII/ §§ 4 + 6 AsylbLG, da ich krankheits-/behinderungsbedingt keine öff. Verkehrsmittel benutzen kann, an folgenden Tagen ..... / regelmäßig ..... mal im Monat
- das pauschalierte **Pflegegeld** nach § 61 ff SGB XII / § 2 AsylbLG , da ich/ mein Kind / mein Angehörige/ ..... infolge Krankheit/Behinderung in erheblichem Maße voraussichtlich auf längere Zeit (mind. 6 Monate) oder auf Dauer für mehrere der folgenden Tätigkeiten dauernd auf Hilfe angewiesen bin/ist: aufstehen und ins Bett gehen, an- und auskleiden, Nutzen der Toilette, waschen / duschen, Zahnpflege, Essen und Trinken, Verlassen der Wohnung, ... (ggf. näher erläutern!). Die Hilfe wird durch Eltern, Kind, Ehepartner, sonst. Familienangehörige und/oder Nachbarn geleistet ... (ggf. näher erläutern!), nur dadurch bin ich/ist mein Kind/Angehöriger nicht auf ein Pflegeheim angewiesen.
- häusliche Pflege** nach § 61 ff SGB XII / § 6 AsylbLG durch eine **Sozialstation**, da die Pflege allein bzw. durch Angehörige nicht bzw. nicht im erforderlichem Umfang zu leisten ist.
- .....
- .....

Ich bitte darum, diesen Antrag zur Akte zu nehmen. Ärztliche Atteste, Befürwortungen, Verordnungen, Heil- und Kostenpläne usw. sind ggf. in Kopie beigelegt. Ich beantrage zu allen o.g. Anträgen einen begründeten schriftlichen Bescheid gemäß §§ 33/35 SGB X bzw. §§37/39 VwVfG.

.....  
(Unterschrift)