

- Erstausrüstung für Wohnung/Hausrat/Elektrogeräte
- Erstausrüstung Bekleidung
- Erstausrüstung Schwangerschaft/Geburt
- Anschaffung/Reparatur orthopädischer Schuhe; Reparatur therapeutischer Geräte und Ausrüstungen sowie Miete von therapeutischen Geräten
(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name	
Vorname	
Anschrift	
Kundennummer	
Bedarfsgemeinschaftsnummer	
Anzahl Personen im Haushalt	

Erstausrüstung Wohnung/Hausrat/Elektrogeräte		
Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen! Zutreffendes bitte ankreuzen.	ja	nein
Handelt es sich um einen Erstbezug einer Wohnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat das JobCenter dem Umzug zugestimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Umzug durch eine Notsituation begründet, z.B. Brand? Wenn ja, bitte benennen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht Anspruch auf die beantragte Leistung gegenüber Dritten? Wenn ja, gegenüber wem bestehen die Ansprüche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ausstattung bereits teilweise vorhanden? Wenn ja, bitte benennen: (ggf. gesondertes Blatt benutzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handelt es sich um eine Ersatzbeschaffung (normaler Verschleiß)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Gegenstände (Leistungen) werden beantragt? Bitte genau benennen, ggf. gesondertes Blatt benutzen		
Ist im Zusammenhang mit dem Erstbezug der Wohnung eine Renovierung erforderlich? Wenn ja, bitte Übergabeprotokoll der Wohnung mit Angabe der notwendigen Renovierungsarbeiten, Größe und Zweckbestimmung der/des zu renovierende(n) Zimmer(s) vorlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erstausrüstung Bekleidung		
Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen! Zutreffendes bitte ankreuzen.	ja	nein
Ist der Bedarf an Bekleidung durch eine Notsituation entstanden? Wenn ja, wodurch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Bedarf durch andere Gründe (z.B. Verschleiß) entstanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für welche Person der Bedarfsgemeinschaft wird Erstausrüstung Bekleidung beantragt?		
Name, Vorname:		
Alter:		
Hinweis: Leistungen der Erstausrüstung für Bekleidung werden pauschal einmalig nach Alter der betreffenden Person abgegolten.		

Erstausrüstung Bekleidung bei Schwangerschaft		
Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen! Zutreffendes bitte ankreuzen.	ja	nein
Wird Erstausrüstung Bekleidung bei Schwangerschaft benötigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann ist der mutmaßliche Entbindungstermin? (Bitte Mutterpass vorlegen)		
Termin:		
Hinweis: Leistungen werden frühestens ab dem 4. Schwangerschaftsmonat gewährt		

Erstausrüstung aus Anlass der Geburt		
Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen! Zutreffendes bitte ankreuzen.	ja	nein
Wann ist der mutmaßliche Entbindungstermin? (Bitte Mutterpass vorlegen)		
Termin:		
Können ggf. bereits vorhandenen Bekleidungsstücke oder Gegenstände genutzt werden? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Klinikbedarf im Zusammenhang mit der bevorstehenden Entbindung benötigt? Wenn ja, was wird benötigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann ggf. vorhandener Klinikbedarf verwendet werden? Wenn ja, welcher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis: Die Leistung wird einmalig pauschal, frühestens 6-8 Wochen vor Entbindungstermin erbracht.		

Anschaffung orthopädischer Schuhe; Reparatur therapeutischer Geräte und Ausrüstungen; Miete von therapeutischen Geräten		
Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen! Zutreffendes bitte ankreuzen.	ja	Nein
Welche Leistung wird beantragt?		
<input type="checkbox"/> Anschaffung orthopädischer Schuhe (Eigenanteil) <input type="checkbox"/> Reparatur orthopädischer Schuhe <input type="checkbox"/> Reparatur therapeutischer Geräte/ Ausrüstungen <input type="checkbox"/> Miete therapeutischer Geräte		
Ist für die Erbringung der Leistung ein anderer Träger (z.B. Krankenkasse) zuständig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hoch sind die Kosten?		
.....€		
Legen Sie bitte einen Nachweis über die Höhe der Kosten vor. Bei der Reparatur von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen oder der Miete von therapeutischen Geräten ist die Wirtschaftlichkeit zu prüfen, d.h die Kosten sind einer möglichen Neubeschaffung gegenüber zu stellen. Neben dem Kostennachweis der Höhe der Reparatur bzw. Miete der Geräte und Ausrüstungen ist daher der Nachweis über die Höhe der Beschaffungskosten des vorrangig zuständigen Sozialleistungsträgers erforderlich.		

Sonstige notwendige Angaben:

Wird zurzeit Arbeitslosengeld II bezogen? Wenn nein, bitte zu erwartende Einkünfte in den nächsten 6 Monaten nachweisen. (bitte Anlage ausfüllen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Die beantragte Leistung soll überwiesen werden auf folgende Bankverbindung:

Kontonummer	
Bankleitzahl	
Bank/Sparkasse	
Kontoinhaber	

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis: Die Leistungen gemäß § 24(3) Satz 1 Nr. 1 u. Nr.2 SGB II werden entsprechend Richtlinie des Landkreises Märkisch- Oderland erbracht.