

# Antrag auf abweichende Erbringung von Leistungen für einmalige Leistungen gemäß § 24 Abs. 3 SGB II

Tag der Antragstellung	Landkreis Ostprignitz-Ruppin Jobcenter Ostprignitz-Ruppin	Eingangsstempel
	Team	

I. Allgemeine Daten des Antragstellers/der Antragstellerin	
BG-Nr./Aktenzeichen	
Name, Vorname des Antragstellers/in	Geburtsdatum
Straße	
PLZ, Wohnort	
Bankverbindung	
Kontoinhaber/in	IBAN
Name der Bank	

II. Angaben zur Prüfung einer Erstausrüstung bei Schwangerschaft bzw. Geburt	
Name, Vorname der Schwangeren: _____	
Voraussichtlicher Entbindungstermin _____	<input type="checkbox"/> Der Nachweis über den voraussichtlichen Entbindungstermin hat vorgelegen. (Hz. Datum) _____

III. Art der beantragten Leistung	
Folgende Leistung wird im Rahmen des § 24 Abs. 3 SGB II beantragt:	
<input type="checkbox"/> Einzelgegenstände	<input type="checkbox"/> Erstausrüstung für Bekleidung
<input type="checkbox"/> Erstausrüstung für Bekleidung bei Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Erstausrüstung bei Geburt (Babyerstausrüstung)
<input type="checkbox"/> Erstausrüstung für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräten	
<input type="checkbox"/> Anschaffung von orthopädischen Schuhen *	<input type="checkbox"/> Reparatur von orthopädischen Schuhen *
<input type="checkbox"/> Reparatur von therapeutischen Geräten und Ausrüstungen *	<input type="checkbox"/> Miete von therapeutischen Geräten *
* Hinweis: Bitte fügen Sie einen Nachweis Ihrer Krankenkasse bei. Grundsätzlich ist die Krankenkasse als vorrangiger Leistungsträger für die Deckung dieser Bedarfe zuständig. Daher ist die Entscheidung der Krankenkasse ein erforderlicher Nachweis, der diesem Antrag beizufügen ist. Bitte reichen Sie einen entsprechenden Nachweis zur Höhe des Bedarfs ein. Sofern der Bedarf durch die Krankenkasse vollständig abgelehnt wurde, sind drei Kostenvoranschläge von verschiedenen Anbietern beizufügen. Sofern der Bedarf durch die Krankenkasse (teilweise) bewilligt wurde, ist der entsprechende Kostenvoranschlag beizufügen, der auch der Krankenkasse vorlag.	
Begründung des Antrags:  _____  _____  _____  _____  _____	

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten werden auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1c EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) i.V.m. §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und §§ 67 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB II verarbeitet. Siehe hierzu das „Informationsblatt Datenschutz“ sowie das „Merkblatt SGB II“.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/Antragstellerin