

(Absender) _____

An: (jeweilige Behörde eintragen)

(Ort, Datum)

Antrag auf Bewilligung eines unabweisbaren Bedarfs

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich erhalte von Ihnen laufende Leistungen nach dem SGB II in Höhe von monatlich.

Die gewährte Leistung reicht nicht aus, um meinen besonderen, durch die schwere chronische Erkrankung / meine besondere Situation begründeten Bedarf zu decken.

Das BVerG hat in seinem Urteil (1 BvL 1/09, 1 BvL 3/09 und 1 BvL 4/09) vom 09.02.2010 entschieden, dass über die Regelleistung hinaus für einen unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen, besonderen Bedarf ein zusätzlicher Leistungsanspruch besteht.

Da dies bei mir zutrifft, berufe ich mich auf Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 20 Abs. 1 GG und beantrage Leistungen für meinen unabweisbaren, laufenden Bedarf.

Wie sie dem beigefügtem Attest entnehmen können, bin ich HIV -positiv / an Aids erkrankt und befinde mich in dauerhafter Behandlung.

Durch die effektive Behandlung bin ich weiterhin voll erwerbsfähig. Zur Sicherung des Behandlungserfolges sind aber Maßnahmen erforderlich, die mit erheblichen zusätzlichen Kosten verbunden sind. Diese zusätzlichen Belastungen sind in der Regelleistung nicht berücksichtigt.

(die folgenden Beispiele sind als Hilfestellung für die Formulierung des individuellen Bedarfs gedacht. Es sind darüber hinaus weitere individuelle Bedarfe möglich. Bitte hier den individuellen Bedarf so konkret wie möglich schildern und belegen. Alle notwendigen Unterlagen und Atteste beifügen)

A) Zur effektiven Behandlung der Infektion / der mit der Therapie verbundenen Nebenwirkungen benötige ich regelmäßig folgende nicht-verschreibungspflichtigen Medikamente:

- Medikament A, zur Behandlung von xxx, Kosten pro Monat

- Medikament B, zur Behandlung von xxx, Kosten pro Monat
-

Weitere Informationen entnehmen sie auch dem beigefügten Attest meines Arztes / meiner Ärztin.

B) Mit der Erkrankung / Infektion verbunden leide ich unter Zur Behandlung benötige ich regelmäßig folgende nicht verschreibungspflichtigen Medikamente / Hygieneartikel:

- Produkt A, zur Behandlung von xxx, Kosten pro Monat
- Produkt B, zur Behandlung von xxx, Kosten pro Monat
-

Weitere Informationen entnehmen sie auch dem beigefügten Attest meines Arztes / meiner Ärztin.

C) Darüber hinaus habe ich einen erhöhten Hygienebedarf aufgrund von (*starkem Nachtschweiß, Hautausschlägen, Exzemen, Pilzbefall, schweren Durchfällen...*)

Daher benötige ich regelmäßig folgende (Pflegeprodukte, Reinigungsmittel...)

- Produkt A, zur Behandlung von xxx, Kosten pro Monat
- Produkt B, zur xxx, Kosten pro Monat
-

Weitere Informationen entnehmen sie auch dem beigefügten Attest meines Arztes / meiner Ärztin.

D) Aufgrund meiner Infektion / Erkrankung fallen bei mir außergewöhnlich hohe Kosten für deutlich gesteigerten Wasser- und Stromverbrauch (*Körperhygiene, deutlich erhöhtes Wäscheaufkommen...*), sowie erhöhte Heizkosten an. Diese übersteigen die im Regelsatz enthaltenden Sätze in einem deutlichen Maß und sind von mir nicht zu erbringen. Ich beantrage deshalb die Übernahme der über die Pauschale hinausgehenden Energie- und Warmwasserkosten.

Weitere Informationen entnehmen sie auch dem beigefügten Attest meines Arztes / meiner Ärztin und den Abrechnungsunterlagen.

E) Zur Behandlung meiner HIV-Infektion bin ich auf regelmäßige Besuche in der Schwerpunktpraxis XXX (*Name und Adresse*) angewiesen.

Um dorthin zu gelangen fallen pro Fahrt Kosten für (*Bahntickets, Benzinkosten, öffentliche Verkehrsmittel*) in Höhe von xxx € an. Daraus ergeben sich pro Monat Kosten in Höhe von xxx€.

Weitere Informationen entnehmen sie auch dem beigefügten Attest meines Arztes / meiner Ärztin.

F) Wie sie dem beiliegenden Attest entnehmen können, werde ich substituiert. Aufgrund der Substitution bin ich voll erwerbsfähig. Für die Fahrten zur Substitution fallen monatliche Kosten in Höhe von xxx€ monatlich an (siehe Nachweis). Diese Kosten übersteigen die im Regelsatz enthaltenen Fahrtkosten erheblich, daher bitte ich um Erstattung.

G) Ich bin privat krankenversichert bei xxxxx (*Name und Adresse der Versicherung*). Der monatliche Krankenkassenbeitrag beträgt xxxx €. Hiervon werden xxxx € von Ihnen übernommen. Die übersteigenden Kosten in Höhe von xxx € sind von mir aus der Regelleistung nicht zu bestreiten, da dies eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Die entsprechenden Unterlagen der Versicherung sind beigefügt.

Eine detaillierte Kostenaufstellung mit Preisermittlung und entsprechende Atteste meines/meiner behandelnden Arztes/Ärztin liegen bei.

Zu meinem Antrag senden Sie mir bitte einen schriftlichen, begründeten Bescheid.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen: