

Antrag auf Sozialhilfe

--

Art der beantragten Hilfe	
----------------------------------	--

Hinweis nach § 67a Sozialgesetzbuch, 10. Buch (SGB X)
 Die mit diesem Antrag erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 ff Sozialgesetzbuch, 1. Buch (SGB I) erhoben

1. Hilfesuchende/r

Familienname		Ggf. Geburtsname	
Ggf. Name aus früheren Ehen		Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort	Geburtskreis	
Staatsangehörigkeit/en		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Schulabschluss	Erlerner Beruf	Momentan ausgeübter Beruf	Falls zutreffend: Arbeitslosigkeit seit
Familienstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben	Datum (TT.MM.JJJJ)		seit:
Stellung im Haushalt <input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r	Falls zutreffend: Betreuer (Name, Anschrift)		
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)	

Zusätzliche Angaben bei Schwerbehinderten

Datum des Schwerbehindertenausweises/ Bescheid des Versorgungsamtes	Grad der Behinderung
Ein entsprechendes Feststellungsverfahren läuft momentan	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Zusätzliche Angaben bei Geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten

Datum des Gerichtsurteils	Name des Gerichts		
Geschäftszeichen	Rechtskraft ab (Datum)	Unterhaltsregelung/Versorgungsausgleich	

2. Familienangehörige des/der Hilfesuchenden

2.1 Die folgenden Angaben beziehen sich auf

- den Vater (nur bei unverheirateten Minderjährigen)
 den Ehegatten/die Ehegattin bzw. den/die Lebenspartner/in (nur sofern nicht getrennt lebend)

Familienname		Ggf. Geburtsname	
Ggf. Name aus früheren Ehen		Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort	Geburtskreis	Sterbedatum
Staatsangehörigkeit/en		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort

Vervielfältigung, Nachahmung und Veröffentlichung und elektronische Speicherung nur mit Genehmigung!

E-Mail: info@form-solutions.de
www.form-solutions.de

Form-Solutions
 Artikel-Nr. 410000



Schulabschluss	Erlerner Beruf	Momentan ausgeübter Beruf	Falls zutreffend: Arbeitslosigkeit seit
----------------	----------------	---------------------------	---

Zusätzliche Angaben bei Schwerbehinderten

Datum des Schwerbehindertenausweises/ Bescheid des Versorgungsamtes		Grad der Behinderung	
Ein entsprechendes Feststellungsverfahren läuft momentan		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

2.2 Mutter des/der Hilfesuchenden (nur bei unverheirateten Minderjährigen)

Familienname		Ggf. Geburtsname	
Ggf. Name aus früheren Ehen		Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort	Geburtskreis	Sterbedatum
Staatsangehörigkeit/en		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Schulabschluss	Erlerner Beruf	Momentan ausgeübter Beruf	Falls zutreffend: Arbeitslosigkeit seit

Zusätzliche Angaben bei Schwerbehinderten

Datum des Schwerbehindertenausweises/ Bescheid des Versorgungsamtes		Grad der Behinderung	
Ein entsprechendes Feststellungsverfahren läuft momentan		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

3. Einkommen

Bitte tragen Sie in die Spalte Einkommenskennziffer die entsprechende Zahl ein

- | | |
|---|--|
| 1.1 = Nichtselbständige Tätigkeit (Nettoerwerbseinkommen) | Leistungen nach dem BVG |
| 1.2 = Krankengeld (einschl. Arbeitgeberzuschuss) | 10.1 = Grundrente |
| 2 = Land- und Forstwirtschaft | 10.2 = Sonstige (ggf. erläutern) |
| 3 = Gewerbebetrieb | Leistungen nach dem LAG |
| 4 = sonstige selbständige Tätigkeit | 11.1 = Unterhaltshilfe |
| 5 = Kapitalvermögen | 11.2 = Pflegegeld |
| 6 = Vermietung/Verpachtung (siehe Rentabilitätsberechnung) | 11.3 = Entschädigungsrente |
| Renten | Leistungen nach dem SGB III |
| 7.1 = Berufsunfähigkeitsrente | 12 = Arbeitslosengeld |
| 7.2 = Erwerbsunfähigkeitsrente | 13 = Kindergeld |
| 7.3 = Altersruhegeld | 14 = Unterhaltsleistungen nach UVG |
| 7.4 = Unfallrente | 15 = Ausbildungs- Erziehungsbeihilfen |
| 7.5 = Landwirtschaftliches Altersgeld | 16 = Ausbildungsförderung |
| 7.6 = Witwenrente | 17 = Unterhaltsbeiträge |
| 7.7 = Waisenrente | 18 = Leistung nach dem Blinden- und Gehörlosengesetz |
| 7.8 = Erziehungsrente | 19 = Steuererstattung |
| 7.9 = Kinderzuschuss/-zulage zu 7.1 - 7.4 | 20 = Sonstige Einkünfte |
| 7.10 = Pflegegeld zu 7.4 | |
| 8 = Werksrente | |
| 9.1 = Sonstige Renten und Pensionen ohne Kinderzuschuss/-zulage | |
| 9.2 = Kindererziehungsleistung | |

Lfd. Nr.	Familienname, Vorname	Einkommenskennziffer	Betrag	Weitere Angaben (z.B. Name + Anschrift des Arbeitgebers, Sozialversicherungsnummer)
1			€	
2			€	
3			€	
4			€	
5			€	
6			€	
7			€	

4. Weitere Personen in der Haushaltsgemeinschaft

Familienname		Ggf. Geburtsname	
Ggf. Name aus früheren Ehen		Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort	Geburtskreis	
Staatsangehörigkeit/en		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Schulabschluss	Erlerner Beruf	Momentan ausgeübter Beruf	Falls zutreffend: Arbeitslosigkeit seit
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)	

Familienname		Ggf. Geburtsname	
Ggf. Name aus früheren Ehen		Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort	Geburtskreis	
Staatsangehörigkeit/en		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Schulabschluss	Erlerner Beruf	Momentan ausgeübter Beruf	Falls zutreffend: Arbeitslosigkeit seit
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)	

Bitte tragen Sie in die Spalte Einkommenskennziffer die entsprechende Zahl aus Nummer 3 ein

Lfd. Nr.	Familienname, Vorname	Einkommenskennziffer	Betrag	Weitere Angaben (z.B. Name + Anschrift des Arbeitgebers, Sozialversicherungsnummer)
1			€	
2			€	
3			€	
4			€	
5			€	
6			€	

5. Vom Einkommen eventuell absetzbare Beträge (nach § 82 SGB XII)

Beiträge für freiwillige Versicherungen

20.1 Hausratsversicherung

20.2 Krankenversicherung

20.3 Pflegeversicherung

20.4 Rentenversicherung

20.5 = Unfallsicherung

20.6 = Sterbeversicherung

20.7 = Lebensversicherung

20.8 = Haftpflichtversicherung

20.9 = Berufsunfähigkeitsversicherung

20.10 = Ausbildungsversicherung

20.11 = Rechtsschutzversicherung

21 = PKW-Haftpflichtversicherung

22 = Aufwendungen für Arbeitsmittel

23 = Beiträge für Berufsverbände

24 = Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung

Fahrtkosten zur Arbeitsstätte (soweit nicht erstattet)

25.1 = öffentliches Verkehrsmittel

25.2 = PKW

25.3 = Kleinst-PKW

25.4 = Motorrad

25.5 = Mofa

26 = sonstiges

Lfd. Nr.	Familienname, Vorname	Einkommenskennziffer	Betrag	Begründung der Notwendigkeit, insbesondere bei Einkommenskennziffer 25.2 und 25.3
1			€	
2			€	
3			€	

6. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (nach § 90 SGB XII)

Bitte tragen Sie in die Spalte Kennziffer die entsprechende Zahl ein

30 = Bargeld

31 = Bank-/Sparguthaben/Bausparguthaben einschließlich vermögenswirksame Leistungen

32 = Wertpapiere

33 = Forderungen

34 = Lebensversicherung (Rückkaufwert)

35 = Hauseigentum

36 = sonstiger Grundbesitz

37 = KFZ

38 = sonstiges Vermögen

Lfd. Nr.	Familienname, Vorname	Kennziffer	Nähere Beschreibung	Betrag
1				€
2				€
3				€
4				€
5				€
6				€
7				€

Folgende Personen haben kein Bargeld, Guthaben und Vermögen

Wurde vor Eintritt der Bedürftigkeit Vermögen auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?

nein ja

Jahr/Vermögensart/Wert

7. Unterkunft/Heizung (bei Haus-/Wohnungseigentum siehe Rentabilitätsberechnung)

7.1 Allgemeines/Kosten

	Betrag
Kaltmiete	
Nebenkosten (soweit nicht in der Miete enthalten) (z.B. Flurbeleuchtung, Fahrstuhl, Wassergeld, Treppenhausreinigung)	
Kosten der Unterkunft monatlich	

Erhalten Sie Wohngeld? nein ja, bis Datum (TT.MM.JJJJ) in Höhe von monatlich Betrag

Wohnfläche in qm m² Anzahl der Räume

davon sind untervermietet:

Raum/Räume möbliert

Raum/Räume unmöbliert

Heizungsart? Zentralheizung

Einzelöfen

Energieart? Kohle Öl

Gas

Nachtstrom

Haushaltsstrom

Fernwärme

Darin Kochfeuerung enthalten? nein

ja

Heizungspauschale (soweit nicht in der Miete untrennbar bzw. in den Hauslasten enthalten)

Betrag ohne

mit Warmwasserbereitstellung

Empfänger/in (auch Kundennummer)

7.2 Vermieter/in

Familienname		Vorname		Geschäftszeichen
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	

8. Kranken-/Pflegeversicherung

Lfd. Nr.	Familiennname	Vorname	Versicherungs- oder Leistungsträger usw. (genaue Anschrift)	
1				
2				
3				
4				
Lfd. Nr.	Versicherungsnummer	Art der Versicherung	Mitgliedschaft bestand/ besteht bis (TT.MM.JJJJ)	Antragsdatum (TT.MM.JJJJ)
1		<input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat		
2		<input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat		
3		<input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat		
4		<input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat		

9. Sonstige Ansprüche (sofern nicht bereits unter Nummer 3 und 4 aufgeführt)

Bitte tragen Sie in die Spalte Kennziffer die entsprechende Zahl ein

60 = Rentenversicherung
 61 = Krankenversicherung
 62 = Pflegeversicherung

nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

65 = Kriegsbeschädigung

66 = Sonstige Berechtigung, z.B. Impfgeschädigte, Opfer von Gewalttaten

nach dem SGB III Arbeitsförderung

63 = Arbeitslosengeld/-hilfe

64 = Sonstiger Anspruch

67 = Lebens- und Sterbeversicherung

68 = Sonstige Ansprüche:

z.B. LAG-Leistungen, Entschädigungsrente (BEG), Häftlingshilfe, Beihilfeansprüche, Lohnforderung, Unterhaltssicherung, Kindergeld, Erbsprüche, Schadenersatzansprüche, Versorgungsausgleich, BAföG, Vertraglicher Anspruch, Unterhaltsvorschussleistungen

Lfd. Nr.	Familiennname	Vorname	Kennziffer	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
Lfd. Nr.	Versicherungs- oder Leistungsträger usw. (genaue Anschrift) Aktenzeichen	Bemerkungen: z.B. Art des Anspruchs, Versicherungssumme, Fälligkeitstag	Antragsdatum (TT.MM.JJJJ)	sonstiges: z.B. Ablehnung Antrag
1				
2				
3				
4				
5				
6				

10. Angehörige des/der Hilfesuchenden außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

(z.B. Kinder, Adoptivkinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten)

Lfd. Nr.	Familienname	Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Hilfesuchenden
1				
2				
3				
4				

Lfd. Nr.	Familienstand	Zahl minder-jähriger Kinder	Zur Zeit ausgeübte Tätigkeit	Anschrift
1				
2				
3				
4				

11. Zusätzliche Angaben bei Kindern nicht miteinander verheirateter Eltern

Lfd. Nr.	Familienname, Vorname des Kindes	Familienname, Vorname und Anschrift des Vaters
1		
2		
3		

Lfd. Nr.	Vaterschaft anerkannt vor/festgestellt durch/am	Bei Unterhaltsbeistandschaft: Wo?	Festgesetzter monatlicher Unterhalt Betrag	Zahlungsbeginn
1			€	
2			€	
3			€	

12. Aufenthaltsverhältnisse des/der HilfesuchendenSind Sie zugezogen? nein ja

Datum des Zuzugs	Vorheriger Wohnort	Grund
------------------	--------------------	-------

Haben Sie schon einmal Sozialhilfe bezogen?

 nein ja

Sozialamt		Sachbearbeiter/in	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Datum Ende der Zahlung	Telefon (sofern bekannt)	Fax (sofern bekannt)	E-Mail (sofern bekannt)

Bei stationärer Unterbringung, Heimunterbringung oder Unterbringung Minderjähriger in einer anderen Familie

Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor der Beantragung der Hilfe (ggf. Anstaltsaufnahme)

Zeitraum (von - bis)	Name der Einrichtung, Ort (ggf. auch Uhrzeiten u.ä.)	Art der Einrichtung

Tag der Entlassung (nur sofern Sie nicht mehr in der Anstalt leben)

--

Kostenträger des letzten Anstaltsaufenthalts

Kostenträger			Sachbearbeiter/in	
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (sofern bekannt)		Fax (sofern bekannt)		E-Mail (sofern bekannt)

13. Bei Zuzug eines/einer außerhalb des Geltungsbereiches des BSHG/SGB XII geborenen Hilfesuchenden aus dem Ausland

Tag und Ort des Übertritts	Familienmitglied (Ehegatte, Verwandte, Verschwägerte) welches nicht im Geltungsbereich des BSHG/SGB XII geboren ist und mit dem Hilfesuchenden bei Eintritt des Bedarfs an Sozialhilfe zusammenlebt: Name, Vorname, Geburtstag und -ort, personenstandrechtliches Verhältnis zum/zur Hilfesuchenden)

14. Durch Kriegereignisse gefallene oder vermisste sowie an Kriegsleiden verstorbene Angehörige

Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis, letzter Familienstand

15. Bankverbindung

Kontoinhaber/in (falls abweichend von Antragsteller/in)		
IBAN	BIC	Name des Kreditinstituts

16. Begründung des Antrags

--

17. Angaben zu besonderen finanziellen Belastungen

18. Anlagen

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfgewährenden Stelle zurückzuüberweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir - jedoch nicht von meinen Erben - bis zum 5. eines jeden Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch, 1. Buch (SGB I)). Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch (StGB)) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit - z.B. Krankenhausaufenthalte -), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I).

Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass das Sozialamt berechtigt ist, einen Datenabgleich mit anderen Stellen vorzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung für die Erhebung und Verarbeitung von Daten nach der Datenschutzgrundverordnung

Zur Bearbeitung Ihres Anliegens erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen die Erhebung und Verarbeitung aller notwendigen personenbezogenen Daten. Dabei handelt es sich insbesondere um Name, Anschrift, Kontaktdaten sowie sonstige notwendige Angaben. Diese Daten werden auf dem Server der zuständigen Stelle gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden.

Für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten haben wir alle technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, um ein hohes Schutzniveau zu schaffen. Wir halten uns dabei strikt an die Datenschutzgesetze und die sonstigen datenschutzrelevanten Vorschriften. Ihre Daten werden ausschließlich über sichere Kommunikationswege an die zuständige Stelle übergeben.

Darüber hinaus ist für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Nutzers erforderlich. Eine automatische Löschung erfolgt nach 180 Tagen, insofern entsprechende Daten nicht weiter benötigt werden. In Fällen mit einer gebührenpflichtigen Verarbeitung kann es vorkommen, dass zur Abwicklung der Bezahlung Ihre bezahlrelevanten Daten an den ePayment-Provider übermittelt werden.

Rechte der betroffenen Person: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abzuändern oder gänzlich zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an uns übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden.

Hiermit versichere ich, der Erhebung und der Verarbeitung meiner Daten zuzustimmen und über meine Rechte belehrt worden zu sein.