

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Eingangsstempel

Für

Name der Person(en), die Sozialhilfe erhalten soll(en)

wird Sozialhilfe beantragt durch Gewährung von

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
 Hilfe zum Lebensunterhalt

Hilfe nach Kapitel 5, 7-9 SGB XII, und zwar in Form von:
 (z.B. Hilfe bei Krankheit, Hilfe zur Pflege)

Nähere Begründung des Antrages, Ursache der Notlage:

Ausgegeben am:

Der/die Antragsteller(in), die hilfebedürftige Person ist

Kriegsbeschädigte(r) oder Kriegshinterbliebene(r)

Ausländer(in), Staatenlose(r)

Vertriebene(r) oder Spätaussiedler(in)

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I). Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

Zutreffendes ankreuzen!

| I. Persönliche Verhältnisse: | | Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSI) | Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSI |
|---|---|---|---|
| 6 | Familienname (ggf. Geburtsname angeben) | | |
| 7 | Vorname(n) | | |
| 8 | Wohnanschrift: PLZ, Ort | | |
| 9 | Straße, Nr. | | |
| 10 | Telefon (freiwillige Angabe) | | |
| 11 | Geburtsdatum | | |
| 12 | Geburtsort/Kreis | | |
| 13 | Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft seit* <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit* <input type="checkbox"/> verwitwet seit* <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehoben seit* Tag Monat Jahr | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft seit* <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit* <input type="checkbox"/> verwitwet seit* <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehoben seit* Tag Monat Jahr |
| 14 | | Datum* | Datum* |
| 15 | | *Datumsangaben nur bei Änderung gegenüber der letzten Erklärung Wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils | *Datumsangaben nur bei Änderung gegenüber der letzten Erklärung Wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils |
| 16 | Art der Unterhaltsregelung | | |
| 17 | Erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig – pflegebedürftig? | erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig behindert pflegebedürftig Grad <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig behindert pflegebedürftig Grad <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 18 | ggf. warum? (Gebrechen) | | |
| 19 | Schwerbehindertenausweis ausgestellt am: | GdB Merkzeichen | GdB Merkzeichen |
| 20 | Betreuer/in (Kopie Bestellungs-urkunde beifügen) | | |
| 21 | Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon) | | |
| 22 | Staatsangehörigkeit | | |
| 23 | Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis |
| 24 | a) Duldung | | |
| 25 | b) Niederlassungserlaubnis | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig seit | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig seit |
| 26 | c) Aufenthaltserlaubnis | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis |
| 27 | Ausweispapiere | eAT PersAusweis Pass Nr. | eAT PersAusweis Pass Nr. |
| 28 | Ausstellungstag, Ausstellungsbehörde (bei Spätaussiedlern) Bescheinigung nach § 15 BVFG | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 29 | Ausstellungstag, Ausstellungsbehörde | | |
| Besondere soziale Situation bei der Hilfestellung: | | | |
| 30 | Tod eines Familienmitgliedes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 | Trennung/Scheidung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 | Geburt eines Kindes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 | Freiheitsentzug; Haftentlassung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* nur für "Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

Zutreffendes ankreuzen!

| | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 34 | Unterbringung eines Familienmitgliedes in einer stationären Einrichtung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 | Suchtabhängigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36 | Überschuldung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37 | Ohne eigene Wohnung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38 | <input type="checkbox"/> vollstationäre Unterbringung (z. B. Heim, Krankenhaus, Behindertenwerkstatt, Tagesstätte) | | |
| 39 | <input type="checkbox"/> teilstationäre Unterbringung (z. B. Behindertenwerkstatt, Tagesstätte) | | |

II. Familienverhältnisse: Außer der hilfebedürftigen Person und ihrem Ehegatten/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft leben noch in **der Haushaltsgemeinschaft**

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|--|--|--|--|
| 40 | Familiename (ggf. Geburtsname) | | | |
| 41 | Vorname(n) | | | |
| 42 | Geburtsdatum | | | |
| 43 | Geburtsort/ Kreis / Land | | | |
| 44 | Staatsangehörigkeit | | | |
| 45 | Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status | | | |
| 45 | a) Duldung | <input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 46 | b) Niederlassungserlaubnis | <input type="checkbox"/> gültig seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gültig seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gültig seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 47 | c) Aufenthaltserlaubnis | <input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gültig bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 48 | Familienstand | | | |
| 48 | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden/ aufgehoben <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.* | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden/ aufgehoben <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.* | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden/ aufgehoben <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.* | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden/ aufgehoben <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.* |
| 49 | Verwandtschaftsverhältnis zur hilfebedürftigen Person | | | |
| 50 | (bei Kindern): Schule u. derzeitige Klasse | | | |
| 51 | Sonstiges | | | |
| 52 | Sonstiges | | | |
| 53 | Bei Leistungsberechtigten im Alter von 15 bis unter 65 Jahren: Erwerbsstatus: | | | |
| 53 | a) Vollzeitwerbstätig | <input type="checkbox"/> seit | <input type="checkbox"/> seit | <input type="checkbox"/> seit |
| 54 | b) Teilzeiterwerbstätig | <input type="checkbox"/> seit | <input type="checkbox"/> seit | <input type="checkbox"/> seit |
| 55 | Name u. Anschrift d. Arbeitgebers | | | |
| 56 | c) Arbeitslos gemeldet – mit SGB III-Leistung | <input type="checkbox"/> seit | <input type="checkbox"/> seit | <input type="checkbox"/> seit |
| 57 | Beginn der SGB III-Leistung | | | |
| 57 | | Datum | Datum | Datum |
| 58 | d) Arbeitslos gemeldet – mit SGB II-Leistung | <input type="checkbox"/> seit | <input type="checkbox"/> seit | <input type="checkbox"/> seit |
| 59 | Stamm-/Kunden-Nr.: | | | |
| 60 | Nicht erwerbstätig | | | |
| 60 | e) wegen Aus- und Fortbildung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61 | f) wegen häuslicher Bindung (Kindererziehung, Pflege v. Familienangehörig.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 62 | g) wegen Krankheit, Behinderung Arbeitsunfähigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 63 | h) aus Altersgründen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 64 | i) aus sonstigen Gründen (bitte erläutern) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 65 | Besondere soziale Situation bei der Hilfeförderung: | | | |
| 65 | Tod eines Familienmitgliedes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 66 | Trennung/Scheidung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 67 | Geburt eines Kindes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68 | Freiheitsentzug; Haftentlassung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* nur für "Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

☒ Zutreffendes ankreuzen!

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|--|---|---|---|
| 69 | Unterbringung eines Familienmitgliedes in einer stationären Einrichtung | | | |
| 70 | Suchtabhängigkeit | | | |
| 71 | Überschuldung | | | |
| 72 | Ohne eigene Wohnung | | | |
| 73 | <input type="checkbox"/> vollstationäre Unterbringung (z. B. Heim, Krankenhaus, Behindertenwerkstatt, Tagesstätte) | | | |
| 74 | <input type="checkbox"/> teilstationäre Unterbringung (z. B. Behindertenwerkstatt, Tagesstätte) | | | |

Falls der/die Leistungsberechtigte ein nichteheliches Kind ist oder unter den Angehörigen bei Ziffer II ein nichteheliches Kind aufgeführt ist:

| | | | | |
|----|---|--|-----|-----|
| 75 | Familiennamen, Vorname des Kindes | | | |
| 76 | Familiennamen, Vorname des/der Unterhaltspflichtigen | | | |
| 77 | Wohnanschrift des Unterhaltspflichtigen | | | |
| 78 | Name und Anschrift des Vormunds, Pflegers, Betreuers | | | |
| 79 | Festgestellter Unterhaltsbetrag/Monat | | EUR | EUR |
| 80 | In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich geleistet? | | EUR | EUR |
| 81 | Datum und Aktenzeichen des Gerichts, Urteils, Beschlusses o. ä. | | | |

III. Unterhaltspflichtige Angehörige

1. Bei allen Hilfen nach SGB XII (außer bei Leistungen zum Lebensunterhalt an Minderjährigen)

nur ausfüllen, wenn 2. Person Antragsteller(in) ist

| | | | | | | |
|----|---|--|---|---|---|---|
| 82 | Verfügt eines Ihrer Kinder/ein Elternteil vermutlich über ein Gesamteinkommen ab 100.000 EUR jährlich (Summe aus allen bezogenen Arbeitsentgelten und -einkommen) | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 91 Adressen an) | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 91 Adressen an) | |
| 83 | Derzeit ausgeübter und erlernter Beruf Ihrer Kinder/Eltern (jeweils bei 1 oder 2 eintragen) | | Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen | | Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen | |
| | | | 1 | 2 | 1 | 2 |

2. Bei allen Hilfen nach SGB XII (einschließlich Grundsicherung, wenn Zeile 82 "☒ ja" angekreuzt wurde)

| | 1 | 2 | 1 | 2 |
|----|--|---|--|---|
| 84 | Familiennamen, ggf. Geburtsnamen der/des unterhaltspflichtigen Angehörigen | | | |
| 85 | Vorname(n) | | | |
| 86 | Geburtsdatum | | | |
| 87 | Geburtsort | | | |
| 88 | Staatsangehörigkeit | | | |
| 89 | Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehoben <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.* | | | |
| 90 | Verwandtschaftsverhältnis z. Antragsteller | | | |
| 91 | Wohnanschrift: PLZ, Ort, Straße, Nr. | | | |
| 92 | Beruf/ausgeübte Tätigkeit (soweit nicht bereits in Zeile 83 eingetragen) | | | |
| 93 | Arbeitgeber Name, Anschrift | | | |
| 94 | (wenn Renteneinpfänger) Art der Rente | | | |
| 95 | Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/Ehegattinnen oder Partner(innen) einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft? | | | |
| 96 | <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/geschiedenen Partners/Partnerin: <input type="text"/> EUR | | <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/geschiedenen Partners/Partnerin: <input type="text"/> EUR | |

* nur für "Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

IV. Einkommensverhältnisse der hilfebedürftigen Person und der im Haushalt lebenden Personen:

(Nachweis über Art und Höhe der Einkünfte z. B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung bzw. Bescheide über sonstige Sozialleistungen beifügen.)

Zutreffendes ankreuzen!

| | Art des Einkommens monatlich <small>(auch ausländisches Einkommen)</small> | Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in EUR | Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft EUR | Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II | | | |
|-----|---|---|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | 1 EUR | 2 EUR | 3 EUR | 4 EUR |
| 97 | Kein Einkommen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 98 | Einkommen aus Nichtselbstständiger Tätigkeit <small>(Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)</small> | | | | | | |
| 99 | Gewerbe/Handel/Freiberufe | | | | | | |
| 100 | Land- und Forstwirtschaft | | | | | | |
| 101 | Vermietung und Verpachtung | | | | | | |
| 102 | Kapitalvermögen <small>(Zinsen, Dividenden usw.)</small> | | | | | | |
| 103 | Sonstige Einkünfte | | | | | | |
| 104 | Arbeitslosengeld nach SGB III | | | | | | |
| 105 | Grundsicherung für Arbeitsuchende <small>(Arbeitslosengeld II) nach SGB II</small> | | | | | | |
| 106 | Sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit | | | | | | |
| 107 | Leistungen der Krankenversicherung | | | | | | |
| 108 | Leistungen der Pflegeversicherung | | | | | | |
| 109 | Mutterschaftsgeld | | | | | | |
| 110 | Leistungen für Kinder Kindergeld | | | | | | |
| 111 | Kinderzulage | | | | | | |
| 112 | Unterhaltsvorschuss nach UVG | | | | | | |
| 113 | Elterngeld | | | | | | |
| 114 | Erziehungsgeld | | | | | | |
| 115 | Unterhalt nach BGB/LPartG | | | | | | |
| 116 | Unterhaltssicherung nach USG | | | | | | |
| 117 | Wohngeld | | | | | | |
| 118 | Renten/Pensionen Altersrente | | | | | | |
| 119 | Erwerbsminderungsrente | | | | | | |
| 120 | Rente wegen Arbeitslosigkeit | | | | | | |
| 121 | Witwen-/Witwerrente | | | | | | |
| 122 | Waisenrente | | | | | | |
| 123 | Landwirtschaftliches Altersgeld | | | | | | |
| 124 | Knappschaftsrente | | | | | | |
| 125 | Betriebsrente | | | | | | |
| 126 | Zusatzrente | | | | | | |
| 127 | Unfallrente | | | | | | |
| 128 | Sonstige Renten | | | | | | |
| 129 | Pensionen | | | | | | |
| 130 | Leibrenten | | | | | | |
| 131 | Sonstige Leistungen LAG-Kriegsschadenrente | | | | | | |
| 132 | BVG-Grundrente | | | | | | |
| 133 | BVG-Ausgleichsrente | | | | | | |
| 134 | BAföG-Leistungen | | | | | | |
| 135 | Blindengeld | | | | | | |
| 136 | Eingliederungsleistungen für Aus- und Übersiedler | | | | | | |
| 137 | Übergangsgeld | | | | | | |
| 138 | | | | | | | |
| 139 | | | | | | | |
| 140 | | | | | | | |

V. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Bitte Nachweise beifügen!)

☒ Zutreffendes ankreuzen!

| | Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in | Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft | Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II | | | |
|---|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 141 Keine absetzbaren Beträge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ausgaben | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR |
| 142 Steuern auf Einkommen einschließlich Soli | | | | | | |
| 143 Kranken-/Pflegeversicherung | | | | | | |
| 144 Arbeitslosenversicherung | | | | | | |
| 145 Rentenversicherung | | | | | | |
| 146 Altersvorsorgebeiträge | | | | | | |
| 147 -versicherung | | | | | | |
| 148 -versicherung | | | | | | |
| 149 Lebensversicherung | | | | | | |
| 150 Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens | | | | | | |
| 151 – Fahrtkosten zur Arbeitsstelle | | | | | | |
| 152 – Benutztes Verkehrsmittel | | | | | | |
| 153 – Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle | km | km | km | km | km | km |
| 154 | | | | | | |
| 155 | | | | | | |

VI. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (auch im Ausland!) - ggf. Beiblatt verwenden - (Bitte Nachweise beifügen!)

| | Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in | Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft | Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 156 Kein Vermögen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Art des Vermögens | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR | EUR |
| 157 Bargeld | | | | | | |
| 158 Bank-/Sparguthaben (einschließlich Vermögenswirksamer Leistungen) | | | | | | |
| 159 Kreditinstitut | | | | | | |
| 160 Wertpapiere/Depots Art der Einlage/Wert | | | | | | |
| 161 Lebensversicherungen (bei "Ja" Zeilen 190 bis 193 beachten) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| 162 Haus/Wohneigentum** – Haus/Eigentumswohnung • Größe Grundstück • Größe Haus/m ² • Anzahl Wohnungen | | | | | | |
| 163 Sonstiger Grundbesitz** • Art/Nutzung • Verkehrswert • Sonstiges | | | | | | |
| 164 Kraftfahrzeug(e) Marke/Typ Kennzeichen Erstzulassung | | | | | | |
| 165 Staatlich geförderte private Altersvorsorge | | | | | | |
| 166 Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte) | | | | | | |
| 167 Sonstiges Vermögen (Patentrechte, sonstige Vermögensgegenstände etc.) | | | | | | |

** Wert, Größe sowie Lage Ihres Immobilienvermögens ist durch die Einreichung geeigneter Dokumente (Katasterauszug, Grundbuchauszug, Fotos etc.) nachzuweisen.

VII. Mehrbedarfe (§§ 30, 42b SGB XII)

| | Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in | Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft | Sonstige Haushaltsangehörige | Nachweise beifügen! |
|-----|---|---|---|----------------------------------|
| 168 | Ernährungsbedingter Mehrbedarf <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Ärztliches Attest |
| 169 | Eingeschränkte Mobilität (Merkzeichen G oder aG) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Schwerbehindertenausweis |
| 170 | Mittagsverpflegung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder in einer Tagesförderstätte <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Nachweis über Verpflegungskosten |
| 171 | Schwangerschaft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Entbindungstermin |
| 172 | Alleinerziehung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |

VIII. Mögliche Ansprüche gegen Dritte

1. Vermögensübertragungen

173 Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)? nein ja, siehe beigefügten Vertrag/Urkunde

Bemerkungen

2. Nicht geklärte oder streitige Ansprüche

174 Glaubt die hilfebedürftige Person oder sein/ihr Partner weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen noch Leistungen möglich wären?

Nein Ja, und zwar aus der Sozialversicherung aus Krankheit aus Unfall aus dem Lastenausgleich als Kriegsbeschädigte(r) aus anderem Rechtsgrund, nämlich

175 Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt? _____

176 Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig? nein ja, bei _____ Az. _____

3. Versicherungsansprüche (auch im Ausland!)

177 Sind Sie **privat kranken- und pflegeversichert**? nein ja

178 Bei welcher Versicherung? _____ Monatsbeitrag _____ EUR

179 Basistarif nein ja

180 **Derzeit Mitglied welcher gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse?** _____ Monatsbeitrag _____ EUR

181 Versichert als Pflichtmitglied freiw. Mitglied Rentenantragsteller Rentner

182 Familienversichert bei _____

183 **Steuer-Identifikationsnummer**

184 Wenn Sie derzeit **nicht** Mitglied einer ges. Kranken- und Pflegeversicherung sind:
185 Waren Sie bereits gesetzlich kranken- und pflegeversichert? nein ja Wenn ja, wann? Von _____ bis _____

186 Bei welcher Kranken- und Pflegekasse? _____

187 Versichert als Pflichtmitglied freiw. Mitglied Renten-antragsteller Rentner Familien-versicherter

188 Besteht eine **Sterbegeldversicherung/ein Bestattungsvorsorgevertrag**? nein ja, welche _____

189 Aktueller Rückkaufswert _____ EUR

190 **Lebensversicherung** besteht bei Gesellschaft _____

191 Höhe der Versicherungssumme _____ EUR fällig am: _____

192 Vertrags-Nummer _____

193 Aktueller Rückkaufswert _____ EUR

194 Besteht ein **Rentenanspruch**, ggf. wann und wo wurde Antrag gestellt? nein ja, beantragt bei _____

195 Falls der Antrag abgelehnt wurde _____ wann? _____

196 _____ warum? _____

197 Werden Beiträge zur Rentenversicherung/ zur zusätzlichen Altersvorsorge freiwillig entrichtet? nein ja

198 Für welchen Monat/Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet? _____

199 Sind Sie im Besitz eines Sozialversicherungsausweises? nein ja, ggf ist dieser dem Antrag beizufügen

200 Sozialversicherungsnummer (Bitte unbedingt angeben!) _____

201 Bestehen beamtenrechtliche Versorgungs- oder Beihilfeansprüche? nein ja, bei _____

☒ Zutreffendes ankreuzen!

IX. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft (monatlich)

1. Miete für Wohnung (Bitte Nachweise beifügen!)

| | | | | | | | |
|-----|---|---|--------------------|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--|
| 202 | Zahl der Personen in der Wohnung: | Anzahl | Person(en) | Wohnfläche: | m ² | davon untervermietet: | m ² |
| 203 | Gesamtkosten der Unterkunft: | | | | | | EUR |
| 204 | davon Kaltmiete: | | | | | | EUR |
| 205 | Nebenkosten: | | | | | | EUR |
| 206 | Heizungskosten: | <input type="checkbox"/> Zentralheizung | Art der Beheizung: | <input type="checkbox"/> Holz/Kohle | <input type="checkbox"/> Gas | <input type="checkbox"/> Öl | <input type="checkbox"/> Strom |
| | | <input type="checkbox"/> Einzelheizung | | <input type="checkbox"/> Fernwärme | | | EUR |
| 207 | Kosten für Stellplatz/Garage: | | | | | | EUR |
| 208 | Einnahmen aus Untervermietung | | | | | | EUR |
| 209 | Sind in den angegebenen Beträgen – Kosten für Kochfeuerung enthalten? | | | | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von EUR |
| 210 | – Kosten für Warmwasserbereitung enthalten? | | | | | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von EUR |

☒ Zutreffendes ankreuzen!

2. Haus-/Wohneigentum (Bitte Nachweise beifügen!)

211 Soweit Sie Haus-/Wohneigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten/Belastungen zu erstellen (Rentabilitätsberechnung).

3. Miete für besondere Wohnform der Eingliederungshilfe; ehemals stationäre Einrichtung (Bitte Wohn- und Betreuungsvertrag beifügen!)

| | | | | | | | | |
|-----|---|-----|---|--|--|--|-----|---|
| 212 | Wurde ein Zimmer in einer Wohneinrichtung angemietet mit zusätzlicher Möglichkeit zur Nutzung von Gemeinschaftsflächen? | | | | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 213 | Gesamtkosten der Unterkunft | EUR | Zusätzliche Wohnkosten: Möblierungszuschlag für das eigene Zimmer | | | | EUR | |
| 214 | davon Kaltmiete | EUR | Haushaltsstrom | | | | EUR | |
| 215 | Nebenkosten | EUR | Instandhaltung der angemieteten Räume | | | | EUR | |
| 216 | | | Ausstattung mit Haushaltsgroßgeräten | | | | EUR | |
| 217 | | | Gebühren für Telefon, Rundfunk, TV und Internet | | | | EUR | |

4. Sonstige Angaben zur Unterkunft

| | | | |
|-----|--|--------------------------------------|--|
| 218 | Wurde die Miete für den Antragsmonat bereits gezahlt? | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 219 | Bestehen Mietschulden? | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von EUR |
| 220 | Bestehen Schulden für Energielieferungen? | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von EUR |
| 221 | Falls derartige Schulden bestehen: Hat der jeweilige Gläubiger bereits gerichtliche Schritte unternommen? | | |
| | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, welche? | |

X. Arbeitsverhältnisse vor Antragstellung (3 Jahre):

| 222 | Erwerbsstatus | Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSI) | Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSI |
|-----|---|---|---|
| 223 | Keine Erwerbstätigkeit innerhalb von drei Jahren vor Antragstellung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 224 | Erwerbstätig als | | |
| 225 | Name u. Anschrift d. Arbeitgebers | von _____ bis _____ | von _____ bis _____ |
| 226 | | von _____ bis _____ | von _____ bis _____ |
| 227 | Auslandsaufenthalte in den letzten drei Jahren | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, dann bitte die Anlage zu Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland ausfüllen. | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, dann bitte die Anlage zu Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland ausfüllen. |
| 228 | Arbeitslos | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ |
| 229 | Stamm-Nr./Kunden Nr. | | |
| 230 | Nicht erwerbstätig a) wegen Aus- und Fortbildung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 231 | b) wegen häuslicher Bindung (Kindererziehung, Pflege, Familienangehörig.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 232 | c) wegen Krankheit, Behinderung Arbeitsunfähigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 233 | d) aus Altersgründen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 234 | e) aus sonstigen Gründen (bitte erläutern) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

XI. Sonstiges:

☒ Zutreffendes ankreuzen!

| | | | | |
|--|---|-------------------------------|---------------------------------|-----|
| 235 | Wurde bereits früher Sozialhilfe/Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder Grundsicherung bezogen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja vom | bis |
| 236 | Falls ja, von welcher Behörde? | | | |
| 237 | Wann, woher und aus welchem Grund hier zugezogen? | | | |
| 238 | Hat den Umzug oder die Übersiedlung hierher eine Behörde bezahlt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| 239 | Falls ja, welche Behörde? | | | |
| 240 | Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertrittes | | | |
| 241 | Hat der/die hilfebedürftige Person während der letzten 3 Jahre andere Leistungen aus öffentlichen Mitteln (z.B. Alg., Renten, Unterhaltshilfe nach LAG), erhalten? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja vom | bis |
| 242 | Falls ja, Art der Bezüge, Stelle. | | | |
| Bei Heim- oder Anstaltsunterbringung und -entlassung; bei besonderer Wohnform der Eingliederungshilfe (Ein- und Auszug) | | | | |
| 243 | a) (bei Heim- oder Anstaltsaufnahme, bei Einzug in besondere Wohnform) Wohnung, Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor Einzug/Aufnahme . . . | | | |
| 244 | b) (bei Übertritt/Umzug von einem Heim, einer Anstalt oder einer besonderen Wohnform in ein anderes Heim usw.) Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in ein Heim/eine Anstalt/ eine besondere Wohnform? | | | |
| | Wer war bisher Kostenträger? | | | |
| | Bezeichnung und Ort des Heims/der Anstalt/der besonderen Wohnform | | | |
| 245 | c) (bei Entlassung/Auszug aus Heim/Anstalt/besondere Wohnform) Wo und bis wann war die hilfebedürftige Person zuletzt in einer Anstalt usw.? | | | |
| 246 | (Bei Kindern, die in Anstalten [Entbindungsheimen] geboren wurden) Name des Entbindungsheimes | | | |
| 247 | Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in die Anstalt . . . | | | |
| 248 | Wo hat sich das Kind seit der Herausnahme aus dem Heim aufgehalten (genaue Anschrift und Zeiten)? | | | |

XII. Bankverbindung: Girokonto der hilfebedürftigen Person:

| | | |
|---|---------------------------------|-----|
| 249 | Name und Sitz des Geldinstituts | |
| 250 | IBAN | BIC |
| Sofern dies nicht Ihr eigenes Konto ist: Name und Vorname des Kontoinhabers/ der Kontoinhaberin (Legitimation durch gültigen Personalausweis erforderlich) | | |

Erklärung der hilfebedürftigen Person/des Antragstellers und seines/ihres Ehegatten/Lebenspartners/Partners eheähnliche Gemeinschaft:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe.
 Mir ist bekannt, dass ich **wegen wesentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss**. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Sozialhilfeverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).
 Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.
 Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.
 Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Sozialhilfeverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Sozialhilfeverwaltung diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialhilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf es diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen. Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

251 Ich bestätige, dass ich die Hinweise bzw. die Belehrung zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen habe.

| | | | |
|-----|------------|--|--|
| 252 | | | |
| | Ort, Datum | Unterschrift der hilfebedürftigen Person/des Antragstellers oder seines gesetzl. Vertreters | Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners/ Partner eheähnliche Gemeinschaft |

Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.

| | | |
|-----|---|-------------------------------|
| 253 | Unterschrift hilfebedürftige Person/Antragsteller | Unterschrift des Aufnehmenden |
|-----|---|-------------------------------|

Stellungnahme Wohnsitzgemeinde: (nur ausfüllen, wenn eine Prüfungszuständigkeit auf Grund von gesetzlichen Regelungen besteht).

Vorstehende Angaben entsprechen der Wahrheit nicht der Wahrheit. Die Notlage wird anerkannt nicht anerkannt.

(Bei Verneinung der Notlage, nähere Bemerkungen bitte auf Beiblatt)
 Ort, Datum

Mit _____ Anlagen an
 die Stadt/das Landratsamt/den Landkreis

254 I. A. _____