

<b>Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem</b> <input type="checkbox"/> SGB XII                      in Form von <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel des SGB XII) <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII) <input type="checkbox"/> sonstige Leistungen der Sozialhilfe (Fünftes bis Neuntes Kapitel SGB XII)	Behörde/Eingangsstempel   Aktenzeichen
--	---

**1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen**

	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<b>Antragsteller(in) 1</b>		<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in)
Familienname, auch Geburtsname, Vornamen		
Anschrift Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort, (freiw. Telefon)		
Geburtsdatum		
Familienstand	seit	seit
Wer trägt die Kosten des Haushaltes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status		
Ausweisdokument		
Rentenversicherungs-Nr.		
Betreuer(in) (Kopie der Bestellungsurkunde beifügen)		
Anschrift Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort, (freiw. Telefon)		
Dauernd voll erwerbsgemindert ohne Rentenbezug, weil		
Schwerbehindertenausweis (Kopie des Ausweises beifügen)	Gültig bis                      Merkzeichen (G, aG ?) Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gültig bis                      Merkzeichen (G, aG ?) Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wenn Sie in einer stationären Einrichtung (z.B. Heim, Krankenhaus, usw.) leben: <b>Wo haben Sie vorher gewohnt?</b> (gewöhnlicher Aufenthaltsort)	Anschrift der Wohnung vor der Aufnahme in die Einrichtung	Anschrift der Wohnung vor der Aufnahme in die Einrichtung
Es wurde bereits Grundsicherungsleistungen gezahlt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von wem?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von wem?

Folgende Personen leben mit mir/uns in Haushaltsgemeinschaft (z.B. Kinder, Eltern, sonstige Verwandte, Bekannte etc.)

	1	2	3	4	5
Familienname					
Geburtsname und früher geführte Namen					
Vorname/n					
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Familienstand					
Staatsangehörigkeit					
Aufenthaltsstatus (Ausländer)					

## 2. Mehrbedarf (§ 30 SGB XII)

1. Ist eine der unter 1. angeführten Personen schwanger? Wenn ja, bitte den Mutterschaftspass / ein ärztliches Attest beifügen!	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja und zwar
2. Benötigt eine der unter 1. angeführten Personen eine kostenaufwändige Ernährung? Wenn ja, bitte ärztliches Attest unter Angabe der Diagnose beifügen! (mit Begründung)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja und zwar

## 3. Unterhalt

Verfügt eines Ihrer Kinder/ verfügen Ihre Eltern gemeinsam vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie bitte Namen und Adressen an)	<b>Nur ausfüllen, wenn 2. Person Antragsteller(in) ist</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie bitte Namen und Adressen an)		
1. Unterhaltsansprüche nach bürgerlichem Recht (§ 94 SGB XII) gegenüber Kindern, Eltern, Lebenspartnern usw.				
Familiename				
Vorname/n				
Geburtsdatum				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Wohnort				
Höhe jährliches Einkommen				
Höhe Vermögen				
Höhe der lfd. Unterhaltszahlungen				
Wurde ein Unterhaltsanspruch geltend gemacht? Wenn ja, wo?	<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
2. Vorrangige Sozialleistungen und Kindergeld (§ 93 SGB XII)				
Haben Sie bereits einen Antrag auf eine der nachfolgend aufgeführten Leistungen gestellt?				
Art der Leistung	Nein	Ja	Antragsdatum	Wo wurde der Antrag gestellt? Unter welchem Aktenzeichen?
Kindergeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Krankengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wohngeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonstige Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonstige Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Sonstige vorrangige Ansprüche (§ 93 SGB XII, §§ 115 und 116 SGB X)				
Haben Sie bereits einen Antrag auf Gewährung einer anderen Leistung bei einer Behörde gestellt oder Ansprüche gegen eine sonstige Person oder Institution geltend gemacht (z.B. Entschädigung von einer Versicherung) ?				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie folgt:
Art der Leistung	Gegen wen richtet sich der Anspruch?		Wann und wo wurde er geltend gemacht?	

#### 4. Kranken- und Pflegeversicherung (§ 32 SGB XII und § 264 SGB V)

Antragssteller		Ehegatte/Lebensgefährte(In)/Lebenspartner(in)		
Name der Krankenkasse		Name der Krankenkasse		
Anschrift der Krankenkasse		Anschrift der Krankenkasse		
Versicherungs-/Mitgliedsnummer		Versicherungs-/Mitgliedsnummer		
Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten:		Es handelt sich um eine <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung beim Pflichtversicherten:		
Name, Vorname		Geburtsdatum		
Name, Vorname		Geburtsdatum		
Versicherungsnummer		Versicherungsnummer		
Krankenversicherungsschutz der im Haushalt lebenden Personen besteht über:				
1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/> Antragsteller	<input type="checkbox"/> Antragsteller	<input type="checkbox"/> Antragsteller	<input type="checkbox"/> Antragsteller	<input type="checkbox"/> Antragsteller
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung	<input type="checkbox"/> eigene Versicherung
Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben	Ergänzende Angaben
<input type="checkbox"/> Es besteht kein Krankenversicherungsschutz. Nach § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V bestimme ich als Haushaltsvorstand folgende gesetzliche Krankenkasse im Bereich des Trägers der Sozialhilfe zu meiner / zu unserer Krankenkasse:				
Name der Krankenkasse:		Anschrift der Krankenkasse:		

#### 5. Einkommen (§§ 82 ff SGB XII)

Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	--------------------------

Es sind alle Einnahmen und Bezüge ohne Rücksicht auf ihre Herkunft anzugeben. Dies gilt auch für Einnahmen und Bezüge, die nicht der Sozialversicherungs- oder Steuerpflicht unterliegen! Die Höhe der Bezüge ist nachzuweisen. Als Nachweis dienen regelmäßig Bescheide, Verdienstabrechnungen, Kontoauszüge etc. Nach Möglichkeit ist der Monatsbetrag anzugeben.

Art des Einkommens	Nachfragende Person	Ehepartner/ Lebensgefährte(in)/ Lebenspartner	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3	Person Nr. 4	Person Nr. 5
Arbeits-einkommen <sup>1)</sup>							
Unterhalt nach dem BSHG							
Unterhaltsvorschuss (UVG)							
Bafög-Leistungen							
Arbeitslosengeld							
Arbeitslosengeld II							
Unterhaltsgeld							
Insolvenzgeld							
Berufsausbildungsbeihilfe							
Krankengeld							
Mutterschaftsgeld							
Altersrente							
Erwerbsminderungsrente							
Witwen-/Witwerrente							
Waisersrente							
Betriebsrente							

<sup>1)</sup> Zum Arbeitseinkommen gehören insbesondere die Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit, aus selbstständiger Tätigkeit, aus Gewerbebetrieb sowie aus der Land- und Forstwirtschaft.

Sonstige Rente							
Sonstige Rente							
Pensionen							
Verletztengeld							
Kindergeld							
Versorg.leis- tungen (BVG)							
Leistungen nach dem LAG							
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)							
Miet- u. Pacht- einnahmen							
Erziehungsgeld							
Sonst. Einnahmen							
Sonst. Einnahmen							
Sonst. Einnahmen							

Es fließen keiner der zum Haushalt rechnenden Personen Sachbezüge zu.

Es fließen Sachbezüge in folgender Form zu:

freie Verpflegung

freie Unterkunft/Wohnung

sonstige Sachbezüge, nämlich

Art des Sachbezuges, begünstigte Personen, monatlicher Wert (ggf. Schätzwert) des Sachbezuges


## 6. Vom Einkommen abzusetzende Beträge (§ 82 Abs. 2 SGB XII)

Keine absetzba- ren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------	--------------------------

Art des Abset- zungsbetrages	Antragsteller	Ehepartner/ Lebensgefährte(in)/ Lebenspartner	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3	Person Nr. 4	Person Nr. 5
Arbeitsmittel							
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte mit:	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> ÖPNV <input type="checkbox"/> Sonstiges
Entfernung Wohnung/ Ar- beitsstätte in km							
Preis für eine Fahrkarte							
Beitrag zu Berufsverband							
Hausrat- versicherung							
Alters- vers.beitrag (§ 82 ESiG)							
Sterbegeldversi- cherung							
Sonst. Versiche- rungen							
Sonst. Versiche- rungen							
Sonst. Beiträge							

## 7. Vermögen (§ 90 SGB XII)

Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	--------------------------

Als Vermögen bezeichnet man die Gesamtheit der einer Person gehörenden, in Geld schätzbaren, verwertbaren Güter und Rechte (z.B. Forderungen und Nutzungsrechte) mit einer gewissen Wertigkeit.

*Tragen Sie im Zweifel das vermeintliche Vermögen ein, damit die leistende Behörde entscheiden kann, ob es sich wirklich um Vermögen handelt!*

Art des Vermögens	Nachfragende Person	Ehepartner/ Lebensgefährte(in)/ Lebenspartner	Person Nr. 1	Person Nr. 2	Person Nr. 3	Person Nr. 4	Person Nr. 5
Bargeld							
Guthaben auf Girokonto							
Kontonummer							
Kreditinstitut							
Aktien o.ä.							
Kurswert							
Nennwert							
Lebensversicherung o.ä.							
Rückkaufwert							
Kfz							
Typ							
Baujahr							
Grundstück(e)							
Verkehrswert							
Einheitswert							
Sonst. Vermögen							
Sonst. Vermögen							

Hat eine der unter 1. angeführten Personen in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt, veräußert oder übergeben (z.B. Grundbesitz, Bargeld)?  nein  ja, und zwar wie folgt

Name, Vorname des Schenkers

Name, Vorname des Beschenkten

Zeitpunkt, Anlass, Art und Wert des verschenkten Vermögens (bitte ausführlich beschreiben)

## 8. Kosten der Unterkunft

### 8. 1 Miete

Ich bin / wir sind

Mieter/ mietähnlich Nutzungsberechtigte(r) von Wohnraum (Mietbescheinigung / Mietvertrag beifügen)

Die Miete (Kaltmiete zuzüglich Vorauszahlung für Betriebskosten) beträgt  €

Bewohner von Haus-/Wohneigentum (Ertragsberechnung mit Nachweisen beifügen)

Wohngeld wurde bereits bewilligt  nein  ja (Bescheid beifügen) und zwar

Von Monat/Jahr

Bis Monat/Jahr

Monatliches Wohngeld in €

### 8. 2 Kosten der Heizung

Die Kosten der Heizung betragen  €

die Wohnung ist ausgestattet mit einer Einzelofenheizung (Energieträger werden selbst beschafft). Zum Betrieb der Heizung wird

Heizöl benötigt  anderer Brennstoff und zwar \_\_\_\_\_ benötigt

Die Wohnung ist mit einer Sammelheizung ausgestattet (Energieträger werden geliefert). Der Betrieb der Heizung erfolgt mit:

Heizöl  Erdgas  Fernwärme  Strom  Nachtspeicherheizung

### 8. 3 Haus-/Wohnungseigentum

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten / Belastungen vorzulegen.



### 13. Hinweise und Schlusserklärungen

**1. Versicherung der Richtigkeit der Angaben**

Ich versichere, dass sämtliche Erklärungen der Wahrheit entsprechen. Insbesondere erkläre ich, dass ich alle Angaben über meine häuslichen Verhältnisse wahrheitsgemäß gemacht habe. Alle Personen, die sich im Haushalt aufhalten, wurden – unabhängig von einer verwandtschaftlichen Bindung – aufgeführt. Die Angaben zum Einkommen und Vermögen sind lückenlos und entsprechen der Wahrheit. Ich bin mir darüber im Klaren, dass falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Betrug führen können und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

**2. Mitwirkungspflichten**

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich einem Mitarbeiter der Sozialhilfebehörde anzuzeigen (§ 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB I). Deshalb werde ich unverzüglich und unaufgefordert insbesondere alle Änderungen in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie in den häuslichen Verhältnissen (z.B. durch Zu- oder Wegzug von Personen) anzeigen.

**3. Aushändigung des Merkblattes**

Ich bestätige den Erhalt des Informationsblatts für die Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

**4. Hinweise zum Datenschutz**

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund der Bestimmungen des SGB XII. Rechtsgrundlage für die Erhebung sind die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert und insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Vermittlungsstelle nach § 3 Abs. 1 der DVO zu § 118 SGB XII übermittelt.

**5. Geltendmachung von Ansprüchen**

Sofern ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen sollte, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren.

**6. Unterschriften**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift Ehegatte/ Lebensgefährte/In/ Lebenspartner(in)

**7. Änderungsvermerke**

Ich bestätige, dass die Änderungen und Ergänzungen, die der Mitarbeiter der Behörde vorgenommen hat, mit mir besprochen wurden und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift Ehegatte/ Lebensgefährte/In/ Lebenspartner(in)

**Stellungnahme der Stadt / Gemeinde**

Vorstehende Angaben bzw. Unterlagen sind

vollständig  nicht vollständig (Erläuterungen auf Beiblatt)

Ort, Datum, Unterschrift

Antrag aufgenommen/ entgegengenommen durch