

Antrag auf Gewährung

von

- Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel Sozialgesetzbuch, 12. Buch (SGB XII))
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII)
- Sonstige Leistungen der Sozialhilfe (Fünftes bis Neuntes Kapitel SGB XII)



	Aushändigung	Eingang
Datum		

Akten- zeichen	
-------------------	--

Art der Hilfe	
Be-gründung	

1. Persönliche Angaben

	Antragsteller/in		Ehegatte-Lebensgefährte/Lebensgefährtin-Lebenspartner/in	
Wer trägt die überwiegenden Kosten des Haushalts?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Familienname				
Vorname				
Geburt	Datum (TT.MM.JJJJ)	Ort	Datum (TT.MM.JJJJ)	Ort
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Familienstand				
Staatsangehörigkeit/en				
Aufenthaltsstatus (Ausländer)				
Ausweisdokument	Art	Nummer	Art	Nummer
Schulabschluss/Beruf (Angabe freiwillig)				
Anschrift	Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer	
	PLZ	Ort	PLZ	Ort
	Telefon (Angabe freiwillig)		Telefon (Angabe freiwillig)	
	E-Mail (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)	
Gesetzlicher Betreuer				

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

Form-Solutions Artikel Nr. 410040 E-Mail: info@form-solutions.de www.form-solutions.de Telefon 07082/9464-0 - Telefax 07082/9464-17



2. Bankverbindung

Kontoinhaber/in		
Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut

3. Sonstige in der Wohnung lebende Personen (z.B. Kinder, Eltern, Verwandte, Bekannten, etc)

	Person			
	1	2	3	4
Familienname				
Vorname				
Geburt - Datum - Ort				
Familienstand				
Staatsangehörigkeit/en				
Aufenthaltsstatus (Ausländer)				
Schulabschluss/Beruf (Angabe freiwillig)				

4. Aufenthaltsverhältnisse

Seit wann leben Sie im Zuständigkeitsbereich der oben genannten Behörde?

Von wo sind Sie ggf. zugezogen?

Haben Sie bisher Sozialhilfe oder Grundsicherung bezogen?

nein ja

Name

Straße, Hausnummer PLZ Ort

5. Kosten der Unterkunft (§ 29 SGB XII) (Hinweis: Bitte fügen Sie den Mietvertrag/eine Mietbescheinigung bzw. einen Grundbuchauszug und Nachweis der Zinsbelastungen bei!)

Ich/Wir wohne/n

als Mieter/in-Untermieter/in mietähnlich Nutzungsberechtigte/r von Wohnraum im eigenen Haus/Wohnung

Wohnungsgröße m²

Wurde bereits Wohngeld (Miet- bzw. Lastenzuschuss) bewilligt?

nein ja von bis i.H.v. €

6. Kosten der Heizung (§ 29 SGB XII) (Hinweis: Bitte fügen Sie einen Nachweis der Heizkosten bei!)

Die Wohnung ist ausgestattet mit einer Zentralheizung Einzelöfen

Der Betrieb der Heizung erfolgt mit

Heizöl Erdgas Fernwärme Strom Nachtspeicher Holz/Kohle

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

	Antragsteller/in	Ehegatte-Lebensgefährte/Lebensgefährtin-Lebenspartner/in
Kranken- kasse	<p>Es besteht</p> <p><input type="checkbox"/> kein Krankenversicherungsschutz (Hinweis: Bitte melden Sie sich entspr. § 264 SGB V bei einer gesetzlichen Krankenkasse in unserem Bereich an und teilen Sie uns diese mit)</p> <p><input type="checkbox"/> ein eigenes Versicherungsverhältnis</p> <p><input type="checkbox"/> eine Familienversicherung</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">Name versichertes Familienmitglied (bei Familienvers.)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">Name der Krankenkasse</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">Straße, Hausnummer</div> <div style="display: flex; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <div style="border-right: 1px solid black; width: 50px; padding: 2px;">PLZ</div> <div style="padding: 2px;">Ort</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">Versicherungs-/Mitgliedsnummer</div> <p><input type="checkbox"/> Pflichtversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Freiwillige/Private Versicherung</p>	<p>Es besteht</p> <p><input type="checkbox"/> kein Krankenversicherungsschutz (Hinweis: Bitte melden Sie sich entspr. § 264 SGB V bei einer gesetzlichen Krankenkasse in unserem Bereich an und teilen Sie uns diese mit)</p> <p><input type="checkbox"/> ein eigenes Versicherungsverhältnis</p> <p><input type="checkbox"/> eine Familienversicherung</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">Name versichertes Familienmitglied (bei Familienvers.)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">Name der Krankenkasse</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">Straße, Hausnummer</div> <div style="display: flex; border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;"> <div style="border-right: 1px solid black; width: 50px; padding: 2px;">PLZ</div> <div style="padding: 2px;">Ort</div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 2px;">Versicherungs-/Mitgliedsnummer</div> <p><input type="checkbox"/> Pflichtversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> Freiwillige/Private Versicherung</p>

8. Pflegestufe

Sind Sie oder eines Ihrer Haushaltsmitglieder pflegebedürftig lt. Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)?

nein ja

Pflegerstufe	Person
1	
2	
3	

9. Mehrbedarf (§ 30 SGB XII)

Besitzt eine der o.g. Personen einen Schwerbehindertenausweis nach §69 Abs. 5 Sozialgesetzbuch, 9. Buch (SGB IX) mit dem Merkzeichen "G" oder "aG"?

nein ja (Bitte den Ausweis beifügen)

Ist eine der o.g. Personen voll erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung?

nein ja (bitte den Rentenbescheid oder ein ärztliches Gutachten vorlegen!)

Ist eine der o.g. Personen schwanger?

nein ja (bitte den Mutterschaftspass oder ein ärztliches Attest beifügen!)

Benötigt eine der o.g. Personen eine kostenaufwändige Ernährung?

nein ja (bitte ein ärztliches Attest unter Angabe der Diagnose beifügen)

10. Einkommen (§§ 82ff SGB XII)(Hinweis: Bitte legen Sie entsprechende Nachweise bei! (z.B. Bescheide, Verdienstabrechnungen, Unterhaltstitel, Betriebswirtschaftliche Auswertungen, etc.))

Ich/Wir verfügen über folgende Einnahmen und Bezüge:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitseinkommen | <input type="checkbox"/> Unterhaltsvorschuss (UVG) | <input type="checkbox"/> Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft |
| <input type="checkbox"/> BAföG Leistungen | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II |
| <input type="checkbox"/> Unterhaltsgeld | <input type="checkbox"/> Kindergeld | <input type="checkbox"/> Berufsausbildungsbeihilfe |
| <input type="checkbox"/> Krankengeld | <input type="checkbox"/> Mutterschaftsgeld | <input type="checkbox"/> Altersrente/Pensionen |
| <input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerrente | <input type="checkbox"/> Waisenrente | <input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente |
| <input type="checkbox"/> Betriebsrente | <input type="checkbox"/> Sonstige Rente (auch Ausland) | <input type="checkbox"/> Unfallrente |
| <input type="checkbox"/> Verletztengeld | <input type="checkbox"/> Insolvenzgeld | <input type="checkbox"/> Versorgungsleistungen (BVG) |
| <input type="checkbox"/> Kapitalerträge | <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem LAG | <input type="checkbox"/> Miet- und Pachteinnahmen |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsgeld | <input type="checkbox"/> Sonstiges Einkommen | <input type="checkbox"/> Einkommen aus selbständiger Tätigkeit |
| <input type="checkbox"/> Sachbezüge in Form von Verpflegung, freier Unterkunft oder sonstigen Sachbezügen | | |

11. Unterhaltsansprüche

Verfügt eines Ihrer Kinder oder verfügen Ihre Eltern gemeinsam vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000,00€ jährlich)?

nein ja

Familienname	Vorname	Anschrift

Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/Ehegattinnen oder Partner/innen einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft?

nein ja, Unterhalt wird gezahlt i.H.v. monatlich Betrag €

Auf Unterhalt wurde verzichtet. Unterhaltsansprüche sind tituiert (bitte Titel/Urkunde einreichen)

Jährliches Einkommen des/der getrennt lebenden/geschiedenen Partners/Partnerin	Betrag €
--	----------

12. Vom Einkommen abzusetzende Beträge (§ 82 Abs. 2 SGB XII)(Hinweis: Bitte legen Sie entsprechende Nachweise bei!)

	Betrag
Arbeitsmittel	€
Sterbegeldversicherung	€
Fahrtkosten	€
Hausratversicherung/ Glasversicherung	€
Haftpflichtversicherung	€
Beitrag Berufsverband	€
Altersvorsorgebeitrag (§82 Einkommensteuergesetz (EStG))	€
Sonstige Versicherungen	€
	€

PKW ÖPNV Entfernung Wohnung/Arbeitsstätte km

13. Vermögen (§90 SGB XII)(Hinweis: Bitte legen Sie entsprechende Nachweise, insbesondere Ihre Kontoauszüge der letzten 3 Monate (lückenlos) bei!)

Ich/Wir verfüge/n über folgende Vermögenswerte:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Barvermögen | <input type="checkbox"/> Sparguthaben | <input type="checkbox"/> Bausparvertrag/Vermögenswirksame Leistung |
| <input type="checkbox"/> Lebens-/Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug | <input type="checkbox"/> Haus- und Grundbesitz/Eigentumswohnung |
| <input type="checkbox"/> Aktien/Fonds | <input type="checkbox"/> Sonstiges Vermögen | <input type="checkbox"/> Staatlich geförderte private Altersvorsorge |

Ich/Wir habe/n in den letzten 10 Jahren Vermögenswert (über 250,00€) verschenkt oder veräußert, bzw. Grundbesitz übergeben

- nein ja (bitte entsprechende Nachweise beifügen!)

12. Schuldverpflichtungen

Lfd. Nr.	Kreditinstitut	Zweck des Kredits/Darlehns	Gegenwärtige Gesamtsumme
1			€
2			€
3			€
4			€
5			€
6			€

13. Erklärung des/der Hilfesuchenden

- Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen meiner persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen. Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige und unwahre Angaben strafbar mache und zu Unrecht bezogene Leistungen zu erstatten sind.
- Ich bestätige den Erhalt eines Merkblattes über meine Mitwirkungspflichten nach den §§ 66 ff SGB I
- Ich bin darüber informiert, dass die für die Gewährung der Hilfe erforderlichen personenbezogenen Daten in einem automatisierten Verfahren verarbeitet und gespeichert werden. Rechtsgrundlage für die Erhebung der Daten sind die Bestimmungen des SGB XII, sowie die §§ 60 ff SGB I und die §§ 67 ff SGB X. Nach Maßgabe des § 118 SGB XII werden meine Daten zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Vermittlungsstelle übermittelt (§ 3 Abs.1 der DVO zu § 118 SGB XII)
- Sollte ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen, bzw. ein Anspruch bestehen, werde ich die oben genannte Behörde unverzüglich informieren.

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

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in	Unterschrift Ehegatte/Ehegattin-Lebensgefährte-Lebensgefährtin-eingetragene/r Lebenspartner/in
------------	-------------------------------	--

Änderungsvermerke

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

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Stellungnahme der Stadt/Gemeinde

Die im Antrag gemachten Angaben wurden soweit wie möglich geprüft und sind insbesondere melderechtlich richtig.

Ort, Datum	Unterschrift	Stempel
------------	--------------	---------