

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"/> gültig bis	<input type="checkbox"/> gültig bis
46	b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> gültig seit	<input type="checkbox"/> gültig seit	<input type="checkbox"/> gültig seit
47	c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> gültig bis	<input type="checkbox"/> gültig bis	<input type="checkbox"/> gültig bis
48	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.*	<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	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 Hilfestellung:			
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 <input type="checkbox"/>			
70	Suchtabhängigkeit <input type="checkbox"/>			
71	Überschuldung <input type="checkbox"/>			
72	Ohne eigene Wohnung <input type="checkbox"/>			
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	Familienname, Vorname des Kindes		
76	Familienname, 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)	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen</th> <th colspan="2">Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>1</th> <th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen		Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen		1	2	1	2				
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	Familienname, ggf. Geburtsname 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 Rentempfänger) Art der Rente			
95	Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/ Ehegattinnen oder Partner(innen) einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft? <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: _____ EUR			
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: _____ EUR			

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

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 (auch ausländisches Einkommen!)	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 (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
99	Gewerbe/Handel/Freiberufe						
100	Land- und Forstwirtschaft						
101	Vermietung und Verpachtung						
102	Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden usw.)						
103	Sonstige Einkünfte						
104	Arbeitslosengeld nach SGB III						
105	Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II) nach SGB II						
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	Kostenaufwändige Ernährung <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: 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

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"/>

☒ Zutreffendes ankreuzen!

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 Sozialhilfverwaltung 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 Sozialhilfverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Sozialhilfverwaltung 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. _____