

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

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

Nähere Begründung des Antrages, Ursache der Notlage:

Eingangsstempel

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).

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 <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft* <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft* <input type="checkbox"/> verwitwet
14	a) seit wann verheiratet, geschieden, getrennt lebend, Lebenspartnerschaft? (wenn geschieden):		
15	b) Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils		
16	Art der Unterhaltsregelung		
17	Erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig – pflegebedürftig?	erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja behindert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja pflegebedürftig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Grad	erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja behindert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja pflegebedürftig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Grad
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		
24	a) Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis
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 <input type="checkbox"/> PersAusweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.	eAT <input type="checkbox"/> PersAusweis <input type="checkbox"/> 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"/>

Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz © by REPRO-PRINT VERLAG 56321 Rhens

Jüngling 1637 Tel. 0 89 3 74 36 - 0 Fax 0 89 3 74 36 - 3 44 - service@juenglingverlag.de

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

Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz
 © by REPRO-PRINT VERLAG
 56321 Rhens

1637
 Bestell-Nr. 400 410 1006 408
 Tel. 0 89 3 74 36 - 0 Fax 0 89 3 74 36 - 3 44 - service@junglingverlag.de
 Jungling
 Der Fachverlag

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	Familienname (ggf. Geburtsname)			
41	Vorname(n)			
42	Geburtsdatum			
43	Geburtsort / Kreis / Land			
44	Staatsangehörigkeit			
45	Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status 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	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <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 <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 <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			
Bei Leistungsberechtigten im Alter von 15 bis unter 65 Jahren: Erwerbsstatus:				
53	a) Vollzeitbeschäftigt	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit	<input type="checkbox"/> seit
54	b) Teilzeitbeschäftigt	<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.:			
Nicht erwerbstätig				
60	e) wegen Aus- und Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61	f) wegen häuslicher Bindung (Kindereziehung, 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"/>

Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz
© by REPRO-PRINT VERLAG
56321 Rhens

1637
Bestell-Nr. 400 410 1006 408
Tel. 0 89 3 74 36 - 0 Fax 0 89 3 74 36 - 3 44 - service@juenglingverlag.de
Jübling
Der Fachverlag

	1	2	3	4
64 i) aus sonstigen Gründen (bitte erläutern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besondere soziale Situation bei der Hilfgewährung:				
65 Tod eines Familienmitgliedes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66 Trennung/Scheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67 Geburt eines Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68 Freiheitsentzug; Haftentlassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69 Unterbringung eines Familienmitgliedes in einer stationären Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70 Suchtabhängigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71 Überschuldung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72 Ohne eigene Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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. Nur bei Grundsicherung

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

82 Verfügt eines Ihrer Kinder/ ein Elternteil vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)?	<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	
	1	2

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

Zutreffendes ankreuzen!

84	Familienname, ggf. Geburtsname der/des unterhaltspflichtigen Angehörigen	1	2	1	2
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 <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 <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 <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 <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*
90	Verwandtschaftsverhältnis z. Antragsteller				
91	Wohnanschrift: PLZ, Ort,				
92	Straße, Nr.				
93	Beruf/ausgeübte Tätigkeit (soweit nicht bereits in Zeile 83 eingetragen)				
94	Arbeitgeber Name, Anschrift				
95	(wenn Rentenempfänger) Art der Rente				
96	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	<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		

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

(Nachweis über Art u. Höhe d. Einkünfte z.B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung bzw. Bescheide über sonst. Sozialleist. beifügen.)

Art des Einkommens monatlich	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 Arbeitslosengeld nach SGB III						
104 Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II) nach SGB II						
105 Sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit						
106 Leistungen der Krankenversicherung						
107 Leistungen der Pflegeversicherung						
108 Mutterschaftsgeld						
109 Leistungen für Kinder						
110 Kindergeld						
111 Kinderzulage						
112 Unterhaltsvorschuss nach UVG						
113 Elterngeld						
114 Erziehungsgeld						
115 Unterhalt nach BGB/LPartG						
116 Unterhaltssicherung nach USG						
116 Wohngeld						

Zutreffendes ankreuzen!

Art des Einkommens monatlich	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in EUR	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft EUR	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1 EUR	2 EUR	3 EUR	4 EUR
117 Renten/Pensionen (auch aus dem Ausland)						
Altersrente						
118 Erwerbsminderungsrente						
119 Rente wegen Arbeitslosigkeit						
120 Witwen-/Witwerrente						
121 Waisenrente						
122 Landwirtschaftliches Altersgeld						
123 Knappschaftsrente						
124 Betriebsrente						
125 Zusatzrente						
126 Unfallrente						
127 Sonstige Renten						
128 Pensionen						
129 Leibrenten						
Sonstige Leistungen						
130 LAG-Kriegsschadenrente						
131 BVG-Grundrente						
132 BVG-Ausgleichsrente						
133 BAföG-Leistungen						
134 Blindengeld						
135 Eingliederungsleistungen für Aus- und Übersiedler						
136 Übergangsgeld						
137						
138						
139						

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

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1	2	3	4
140 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
141 Steuern auf Einkommen einschließlich Soli						
142 Kranken-/Pflegeversicherung						
143 Arbeitslosenversicherung						
144 Rentenversicherung						
145 Altersvorsorgebeiträge						
146 -versicherung						
147 -versicherung						
148 Lebensversicherung						
149 Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens						
150 – Fahrtkosten zur Arbeitsstelle						
151 – benutztes Verkehrsmittel						
152 – Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km	km	km
153						
154						

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

Zutreffendes ankreuzen!

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1	2	3	4
155	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
156	Bargeld					
157	Bank-/Sparguthaben (einschließlich Vermögenswirksamer Leistungen)					
158	Kreditinstitut					
159	Wertpapiere/Depots Art der Einlage/Wert					
160	Lebensversicherungen (bei "Ja" Zeilen 183 bis 186 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
161	Haus/Wohneigentum - Haus/Eigentumswohnung • Größe Grundstück • Größe Haus/m ² • Anzahl Wohnungen					
162	Sonstiger Grundbesitz • Art/Nutzung • Verkehrswert • Sonstiges					
163	Kraftfahrzeug(e) Marke/Typ Kennzeichen Erstzulassung					
164	Staatlich geförderte private Altersvorsorge					
165	Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)					
166	Sonstiges Vermögen					

VII. Mögliche Ansprüche gegen Dritte

1. Vermögensübertragungen

167 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

168 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 _____

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

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

3. Versicherungsansprüche

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

172 Bei welcher Versicherung? _____ Monatsbeitrag _____ EUR

173 Basistarif nein ja

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

175 Versichert als Pflichtmitglied freiw. Mitglied Rentenantragsteller Rentner

176 Familienversichert bei _____

177 **Steuer-Identifikationsnummer** _____

178 Wenn Sie derzeit **nicht** Mitglied einer ges. Kranken- und Pflegeversicherung sind: nein ja Wenn ja, wann? Von _____ bis _____

179 Waren Sie bereits gesetzlich kranken- und pflegeversichert? _____

180 Bei welcher Kranken- und Pflegekasse? _____

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

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

aktueller Rückkaufswert _____ EUR

Zutreffendes ankreuzen!

183	Lebensversicherung besteht bei Gesellschaft	
184	Höhe der Versicherungssumme	EUR fällig am:
185	Vertrags-Nummer	
186	aktueller Rückkaufswert	EUR
187	Besteht ein Rentenanspruch , ggf. wann und wo wurde Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei
188	Falls der Antrag abgelehnt wurde	wann?
189		warum?
190	Werden Beiträge zur Rentenversicherung freiwillig entrichtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
191	Für welchen Monat/Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet?	
192	Sind Sie im Besitz eines Sozialversicherungsausweises?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf ist dieser dem Antrag beizufügen
193	(Sozialversicherungs-Nr. bitte unbedingt angeben)	
194	Bestehen beamtenrechtliche Versorgungs- oder Beihilfeansprüche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei

VIII. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft (monatlich)

1. Miete (Bitte Nachweise beifügen!)

195	Zahl der Personen in der Wohnung:	Anzahl	Person(en)	Wohnfläche:	m ²	davon untervermietet:	m ²
196	Gesamtkosten der Unterkunft:						EUR
197	davon				Kaltmiete:		EUR
198					Nebenkosten:		EUR
199	Heizungskosten:	<input type="checkbox"/> Zentralheizung	Art der Beheizung:	<input type="checkbox"/> Holz/Kohle	<input type="checkbox"/> Gas		EUR
		<input type="checkbox"/> Einzelheizung		<input type="checkbox"/> Fernwärme	<input type="checkbox"/> Öl	<input type="checkbox"/> Strom	
200					Kosten für Stellplatz/Garage:		EUR
201	Einnahmen aus Untervermietung						EUR
202	Sind in den angegebenen Beträgen – Kosten für Kochfeuerung enthalten?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von			EUR
203	– Kosten für Warmwasserbereitung enthalten?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von			EUR

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

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

3. Sonstige Angaben zur Unterkunft

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

IX. Arbeitsverhältnisse vor Antragstellung (3 Jahre):

209	Erwerbsstatus	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSI)	Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSI
210	Keine Erwerbstätigkeit innerhalb von drei Jahren vor Antragstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
211	Erwerbstätig als		
212	Name u. Anschrift d. Arbeitgebers	von	bis
213		von	bis
214	Arbeitslos	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit
215	Stamm-Nr./Kunden Nr.		
216	Nicht erwerbstätig a) wegen Aus- und Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
217	b) wegen häuslicher Bindung (Kindererziehung, Pflege, Familienangehörig.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
218	c) wegen Krankheit, Behinderung Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
219	d) aus Altersgründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
220	e) aus sonstigen Gründen (bitte erläutern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X. Sonstiges:

221	Wurde bereits früher Sozialhilfe oder Grundsicherung bezogen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja vom		bis
222	Falls ja, von welcher Behörde?				
223	Wann, woher und aus welchem Grund hier zugezogen?				
224	Hat den Umzug oder die Übersiedlung hierher eine Behörde bezahlt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
225	Falls ja, welche Behörde?				
226	Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertrittes				
227	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
228	Falls ja, Art der Bezüge, Stelle.				
Bei Heim- oder Anstaltsunterbringung und -entlassung					
229	a) (bei Heim- oder Anstaltsaufnahme)				
	Wohnung, Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor Anstaltsaufnahme. . .				
230	b) (bei Übertritt von einem Heim oder einer Anstalt in ein anderes Heim usw.)				
	Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in ein Heim/eine Anstalt? . . .				
	Wer war bisher Kostenträger?				
	Bezeichnung und Ort des Heims/der Anstalt.				
231	c) (bei Heim- oder Anstaltsentlassung)				
	Wo und bis wann war die hilfebedürftige Person zuletzt in einer Anstalt? . .				
232	(Bei Kindern, die in Anstalten [Entbindungsheimen] geboren wurden)				
	Name des Entbindungsheimes				
233	Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in die Anstalt . . .				
234	Wo hat sich das Kind seit der Herausnahme aus dem Heim aufgehalten (genaue Anschrift und Zeiten)?				

Zutreffendes ankreuzen!

Musterschutz gem. Urheberrechtsgesetz
 © by REPRO-PRINT VERLAG
 56321 Rhens

XI. Bankverbindung: Girokonto der hilfebedürftigen Person:

235	Empfänger		
236	IBAN		Bank/Kreditinstitut

Erklärung der hilfebedürftigen Person/des Antragstellers und seines/ihrer 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 wissentlich 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.

237			
	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.

238	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

239

I. A.

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

1637
 Bestell-Nr. 400 410 1006 408
 Tel. 0 89 3 74 36 - 0 Fax 0 89 3 74 36 - 3 44 - service@junglingverlag.de
Jungling
 Der Fachverlag