

Eingang:	Antrag auf <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII) <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt <input type="checkbox"/> Leistungen nach den Kapiteln 5-9 SGB XII und zwar in Form von: (z.B. Hilfe zur Gesundheit) <hr/> Nähere Begründungen des Antrages, Ursache der Notlage: <hr/>	Az.: <u>Seite 1</u>
-----------------	---	----------------------------

Hinweise:
Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen.
Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 4 zu unterschreiben.
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 i.V.m. Art. 5 ff der europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO).
Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

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	
Bei mehr als zwei Personen bitte auf gesondertem Blatt ergänzen!	Antragsteller(in) 1		<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft	
Familienname, auch Geburtsname, Vorname				
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)				
Geburtsdatum und -ort				
Rentenversicherungs-Nr.				
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr.-leb. (LP) <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> LP aufgeh. seit: _____		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft (LP) <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr.-leb. (LP) <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> LP aufgeh. seit: _____	
Wer trägt die überwiegenden Kosten des Haushalts	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Staatsangehörigkeit, aufenthaltsrechtlicher Status Ausstellungstag und Behörde	<input type="checkbox"/> eAT <input type="checkbox"/> Pers.Ausweis <input type="checkbox"/> Pass Nr. _____		<input type="checkbox"/> eAT <input type="checkbox"/> Pers.Ausweis <input type="checkbox"/> Pass Nr. _____	
Betreuer(in) (Kopie der Bestellsurkunde beifügen)				
Anschrift des/der Betreuer(in) Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)				
Dauernd voll erwerbsgemindert ohne Rentenbezug, weil				
Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Pflegegrad ____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Pflegegrad ____	
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja GdB ____ Merkzeichen: _____		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja GdB ____ Merkzeichen: _____	
Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z.B. Heim, Krankenhaus)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja: Wo haben Sie vorher gewohnt (gewöhnlicher Aufenthaltsort)?	Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung:		Aufenthalt vor der Aufnahme in die Einrichtung:	
Haben Sie bereits Grundsicherung oder andere Leistungen nach dem SGB XII erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: von wem? bis wann?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: von wem? bis wann?	
Werden Leistungen der amb. Eingliederungshilfe (z.B. Sonderfahrtdienst) bezogen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: von wem?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: von wem?	
Wann, woher und aus welchem Grund hier zugezogen?				

2. Familienverhältnisse Außer der nachfragenden Person und seinem Ehegatten/Lebenspartner/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft leben noch in der Haushaltsgemeinschaft

	1	2	3	4
Familienname (ggf. auch Geburtsname)				
Vorname(n)				
Geburtsdatum/-ort				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältn. z. Antragssteller				
Beruf				
Arbeitgeber oder Art d. Rente usw.				

3. Unterhalt		nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller(in) ist:	
Welche Berufe werden von Ihren Eltern und (leiblichen oder adoptierten) Kindern ausgeübt?	Vater: Mutter: Kind 1: Kind 2: Weitere Kinder:	Vater: Mutter: Kind 1: Kind 2: Weitere Kinder:	
Verfügt eines ihrer Kinder / ihre Eltern gemeinsames vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EUR jährlich)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
	1	2	3 4
Familienname, Vorname der / des Angehörigen (Kinder u. Eltern)			
Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)			
Geburtsdatum			

Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten / Ehegattinnen oder Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein, Grund:	<input type="checkbox"/> Nein, Grund:
	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen)	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen)
Falls ja: Familienname, Vorname des getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/Partners		
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
Geburtsdatum und -ort		
jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden / geschiedenen Ehegatten bzw. Partners / Partnerin		

4. Fragen zur Bedarfsfeststellung:

4.1 Monatliche Kosten der Unterkunft

Zahl der Personen in der Wohnung:	Person(en)	Wohnfläche:	m ²	Baujahr des Hauses:
Gesamtkosten der Unterkunft (ohne Heizkosten!):		EUR		
davon Kaltmiete:		EUR		
Nebenkosten:		EUR		
Enthalten die oben genannten Beträge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
- Kosten für Haushaltsstrom?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
- Kosten für Schönheitsreparaturen ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
- Kosten für den Fernsehempfang über Kabel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR
falls ja: zählen Sie den Fernsehempfang über Kabel zu Ihren persönlichen Bedürfnissen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Höhe der Einnahmen aus Untervermietung:	EUR	<input type="checkbox"/> möbliertes Zimmer	<input type="checkbox"/> möblierte Wohnung	<input type="checkbox"/> Leerzimmer
---	-----	--	--	-------------------------------------

Hinweise zur Wohnungsgröße und zu den Unterkunftskosten:
--

4.2 Heizkosten -

Höhe der monatlichen Kosten:	EUR	Art der Beheizung:	<input type="checkbox"/> Holz	<input type="checkbox"/> Kohle	<input type="checkbox"/> Öl	<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Strom	<input type="checkbox"/> Fernwärme	<input type="checkbox"/> Sonstige Art
Enthalten die oben genannten Beträge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR					
- Kosten für Haushaltsstrom und Kochenergie (z.B. Gas)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR					
- Kosten für Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	falls ja, Höhe:	EUR					

4.3 Haus-/Wohnungseigentum

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen!
--

4.4. Kranken- / Pflegeversicherung (Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

Wo sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig vers.	<input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig vers.	<input type="checkbox"/> familienversichert
ggf. Höhe des mtl. Beitrags						

5. Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen!)

z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

	1. Person	2. Person
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einkommen	Mtl. Betrag <small>Nicht monatliche Betrags- angabe bitte kennzeichnen</small>	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens	Mtl. Betrag <small>Nicht monatliche Betrags- angabe bitte kennzeichnen!</small>	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens
Nichtselbstständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der WfbM)				
Leistung der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)				
Gewerbebetrieb				
Land- und Forstwirtschaft				
Sonstige selbstständige Tätigkeit				
Vermietung und Verpachtung (Untermiete bei 3.1 angeben!)				
Wohngeld / Lastenzuschuss				
Renten / Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Alter, Unfall, landwirtsch. Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente, Kinderzuschuss/-zulage, Pflegegeld zur Rente, Werksrente o.ä.)				
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz				
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz				
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z.B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)				
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)				
Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III, z.B. Arbeitslosengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe)				
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Kinderzuschlag) Wird entsprechendes Einkommen an Kinder weitergegeben?	Betrag: _____ <input type="checkbox"/> nein		Betrag: _____ <input type="checkbox"/> nein	
Ausbildungsförderung				
Unterhalt (auch Leistungen angeben, die der Kindergeldberechtigte aus seinem durch Kindergeld erzielten Einkommen erbringt)				
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente, Pflegegeld)				
Steuererstattung				
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)				
Sonstige Einkünfte				

6. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 4 berücksichtigt) (Bitte Nachweise beifügen!)

Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Ausgaben	Mtl. Betrag	Mtl. Betrag
Steuern auf das Einkommen		
Sozialversicherungsbeiträge		
Hausratversicherung		
Haftpflichtversicherung		
Altersvorsorgebeiträge		
Sterbeversicherung		
Aufwendungen für Arbeitsmittel		
Beiträge für Berufsverbände oder ähnliche Einrichtungen		
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km
Kosten öffentl. Verkehrsmittel		
bei Nutzung eines Kfz.	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa

7. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (Bitte Nachweise beifügen!)

	1. Person	2. Person
Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Art des Vermögens	Belegter Vermögenswert	Geschätzter Vermögenswert	Belegter Vermögenswert	Geschätzter Vermögenswert
Bargeld				
Bank- / Sparguthaben (einschl. vermögenswirks. Leistungen)				
Wertpapiere / Aktien				
Forderungen				
Lebensversicherungen (aktueller Rückkaufwert inkl. Überschussanteil nachweisen)				
Haus- und Wohneigentum				
Sonstiger Grundbesitz				
Kraftfahrzeug(e)				
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente)				
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)				
Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte				
Sonstiges Vermögen				

8. Vermögensübertragungen

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: wann? in welcher Höhe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: wann? in welcher Höhe?
---	---	---

9. Ermittlung eines eventuell kostenerstattungspflichtigen Trägers

Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bis vor zwei Monaten als Minderjähriger außerhalb des elterlichen Haushalts gelebt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie in den letzten zwei Monaten aus dem Ausland eingereist ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

10. Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

Name und Sitz des Geldinstituts: _____	Name, Vorname Kontoinhaber: _____
IBAN: _____	BIC: _____

Erklärung

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss, ist mir bekannt. Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. 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.

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

Ort, Datum

1. Person	Unterschrift
-----------	--------------

2. Person	Unterschrift
-----------	--------------

Stellungnahme Wohnsitzgemeinde (nur ausfüllen, wenn eine Mitwirkungszuständigkeit auf Grund von gesetzlichen Regelungen besteht).	
Vorstehende Angaben entsprechen	
<input type="checkbox"/> der Wahrheit <input type="checkbox"/> nicht der Wahrheit. Die Notlage wird <input type="checkbox"/> anerkannt <input type="checkbox"/> nicht anerkannt (bei Verneinung der Notlage, nähere Bemerkungen bitte auf Beiblatt)	
Ort, Datum	Mit _____ Anlagen an Die Stadt / das Landratsamt / den Landkreis
I.A. _____	