

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Für

Eingangsstempel

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:

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, verwitwet? (wenn geschieden):																		
15 b) Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils																		
16 Art der Unterhaltsregelung																		
17 Erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig – pflegebedürftig?	<table border="0"> <tr> <td>erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig</td> <td>behindert</td> <td>pflegebedürftig</td> <td>Grad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> </tr> </table>	erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig	behindert	pflegebedürftig	Grad	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<table border="0"> <tr> <td>erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig</td> <td>behindert</td> <td>pflegebedürftig</td> <td>Grad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</td> <td></td> </tr> </table>	erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig	behindert	pflegebedürftig	Grad	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig	behindert	pflegebedürftig	Grad															
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																
erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig	behindert	pflegebedürftig	Grad															
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																
18 ggf. warum? (Gebrechen)																		
19 Schwerbehindertenausweis ausgestellt am:	GdB <input type="text"/> Merkzeichen <input type="text"/>	GdB <input type="text"/> Merkzeichen <input type="text"/>																
20 Betreuer/in (Kopie der Bestattungsurkunde beifügen)																		
21 Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)																		
22 Staatsangehörigkeit																		
23 Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status																		
a) Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="text"/>																
b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig seit <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig seit <input type="text"/>																
25 c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="text"/>																
26 Ausweispapiere: Art und Nummer	<input type="checkbox"/> eAT <input type="checkbox"/> PersAusweis <input type="checkbox"/> Pass Nr. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> eAT <input type="checkbox"/> PersAusweis <input type="checkbox"/> Pass Nr. <input type="text"/>																
27 Ausstellungstag, Ausstellungsbehörde																		
28 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																		
30 Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt f. Behinderte, Tagesstätte)																		

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

Zutreffendes ankreuzen!

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

Jüdling® 1806 Bestel-Nr. 400 410 1003 406 Tel 0 89 03 74 36 - 0 Fax 0 89 03 74 36 - 3 44 services@jueringingverlag.de

II. Familienverhältnisse:

Außer der hilfebedürftigen Person und ihrem Ehegatten/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft leben noch in **der Haushaltsgemeinschaft**

Zutreffendes ankreuzen!

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

Bestell-Nr. 400 410 1003 406
Tel. 0 89/2 74 36-0 Fax 0 89/2 74 36-3 44 service@junglingtag.de
1806
jungling
Der Fachverlag

	1	2	3	4
31 Familienname (ggf. Geburtsname)				
32 Vorname(n)				
33 Geburtsdatum				
34 Geburtsort/Kreis/Land				
35 Staatsangehörigkeit				
36 Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status	gültig bis			
a) Duldung	<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
37 b) Niederlassungserlaubnis	gültig seit			
	<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
38 c) Aufenthaltserlaubnis	gültig bis			
	<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
39 Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> ver-witwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*			
40 Verwandtschaftsverhältnis zur hilfebedürftigen Person				
41 (bei Kindern): Schule u. derzeitige Klasse				
42 Beruf				
43 Derzeit ausgeübte Art der Tätigkeit				
44 Derzeitiger Arbeitgeber				
45 Bei Arbeitslosen: arbeitslos seit	Datum	Datum	Datum	Datum
46 Bei anderen Nichterwerbstätigen: Grund der Nichterwerbstätigkeit/ Erwerbsminderung				
47 Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt f. Behinderte, Tagesstätte)				
48 Sonstiges				
49 Sonstiges				

Falls die hilfebedürftige Person ein nichteheliches Kind ist, oder unter den Angehörigen bei Ziffer II ein nichteheliches Kind aufgeführt ist:

50 Name der Person/des Kindes		
51 Name des/der Unterhaltspflichtigen		
52 Wohnanschrift des Unterhaltspflichtigen		
53 Name des Vormunds, Pflegers		
54 Anschrift d. Vormunds, Pflegers		
55 Festgestellter Unterhaltsbetrag/ Monat	EUR	EUR
56 In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich geleistet?	EUR	EUR
57 Datum und Aktenzeichen des Gerichts, Urteils, Beschlusses o. ä.		

III. Unterhaltspflichtige Angehörige

1. Nur bei Grundsicherung

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

58 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 67 Adressen an)		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 67 Adressen an)	
59 Derzeit ausgeübter und erlernter Beruf Ihrer Kinder/ Eltern (jeweils bei 1 oder 2 eintragen)	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 58 " ja" angekreuzt wurde)

Zutreffendes ankreuzen!

60	Familienname, ggf. Geburtsname der/des unterhaltspflichtigen Angehörigen	1	2	1	2
61	Vorname(n)				
62	Geburtsdatum				
63	Geburtsort				
64	Staatsangehörigkeit				
65	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ver-witwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ver-witwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ver-witwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ver-witwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend in eingetragener Lebenspartnersch.*
66	Verwandtschaftsverhältnis z. Antragsteller				
67	Wohnanschrift: PLZ, Ort,				
68	Straße, Nr.				
69	Beruf/ausgeübte Tätigkeit (soweit nicht bereits in Zeile 59 eingetragen)				
70	Arbeitgeber Name, Anschrift				
71	(wenn Rentenempfänger) Art der Rente				
72	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/ge-schiedenen 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/ge-schiedenen 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
73 Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74 Einkommen aus Nichtselbstständiger Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
75 Gewerbe/Handel/Freiberufe						
76 Land- und Forstwirtschaft						
77 Vermietung und Verpachtung						
78 Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden usw.)						
79 Arbeitslosengeld nach SGB III						
80 Grundsicherung für Arbeitssuchende (Arbeitslosengeld II) nach SGB II						
81 Sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit						
82 Leistungen der Krankenversicherung						
83 Leistungen der Pflegeversicherung						
84 Mutterschaftsgeld						
85 Leistungen für Kinder z. B. Kindergeld, Erziehungsgeld:						
86						
87						
88 Unterhalt nach BGB/LPartG						
89 Unterhaltsvorschuss nach UVG						
90 Unterhaltssicherung nach USG						
91 Wohngeld						
92 Leibrenten						
93 Renten/Pensionen (auch aus dem Ausland) Altersrente						
94 Erwerbsminderungsrente						
95 Rente wegen Arbeitslosigkeit						
96 Witwen/Witwerrente						
97 Waisenrente						
98 Landwirtschaftliches Altersgeld						
99 Knappschaftsrente						
100 Betriebsrente						
101 Zusatzrente						
102 Unfallrente						
103 Sonstige Renten						
104 Pensionen						

Zutreffendes ankreuzen!

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

Bestel-Nr. 400 410 1003 406
 Tel. 0 89 37 74 36 - 0 Fax. 0 89 37 74 36 - 3 44 - sen/ce@juenglingverlag.de
 1806
 Der Fachverlag

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
105 LAG-Kriegsschadenrente						
106 BVG-Grundrente						
107 BVG-Ausgleichsrente						
108 BAföG-Leistungen						
109 Blindengeld						
110 Eingliederungsleistungen für Aus- und Übersiedler						
111 Übergangsgeld						
112						

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
113 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
114 Steuern auf Einkommen einschl. Soli						
115 Kranken-/Pflegeversicherung						
116 Arbeitslosenversicherung						
117 Rentenversicherung						
118 Altersvorsorgebeiträge						
119 -versicherung						
120 -versicherung						
121 Lebensversicherung						
122 Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens						
123 - Fahrtkosten zur Arbeitsstelle						
124 - benutztes Verkehrsmittel						
125 - Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km	km	km
126						
127						

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
128 Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129 Art des Vermögens	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
130 Bargeld						
131 Bank-/Sparguthaben (einschließlich vermögenswirksamer Leistungen)						
132 Kreditinstitut						
133 Wertpapiere/Depots Art der Einlage/Wert						
134 Lebensversicherungen (bei "Ja" Zeilen 158 bis 161 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
135 Haus/Wohneigentum - Haus/Eigentumswohnung						
• Größe Grundstück						
• Größe Haus/m²						
• Anzahl Wohnungen						
136 Sonstiger Grundbesitz						
• Art/Nutzung						
• Verkehrswert						
• Sonstiges						
137 Kraftfahrzeug(e) Marke/Typ Kennzeichen Erstzulassung						
138 Staatlich geförderte private Altersvorsorge						
139 Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)						
140 Sonstiges Vermögen						

VII. Mögliche Ansprüche gegen Dritte

1. Vermögensübertragungen

141 Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügten Vertrag/Urkunde
Bemerkungen	

2. Nicht geklärt oder streitige Ansprüche

142 Glaubt die hilfebedürftige Person oder 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
 143 als Kriegsbeschädigte(r) aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____
 144 Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt? _____
 145 Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig? nein ja, bei _____ Az. _____

3. Versicherungsansprüche

146 Sind Sie **privat kranken- und pflegeversichert**? nein ja
 147 Bei welcher Versicherung? _____ Monatsbeitrag _____ EUR
 148 Basistarif nein ja
 149 **Derzeit Mitglied welcher gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse?** _____ Monatsbeitrag _____ EUR
 150 Versichert als Pflichtmitglied freiw. Mitglied Renten-antragsteller Rentner Familien-versicherter
 151 Familienversichert bei _____
 152 **Steuer-Identifikationsnummer** _____
 153 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 _____
 154 Bei welcher Kranken- und Pflegekasse? _____
 155 Versichert als Pflichtmitglied freiw. Mitglied Renten-antragsteller Rentner Familien-versicherter
 156 Besteht eine **Sterbegeldversicherung/ein Bestattungsvorsorgevertrag**? nein ja, welche _____
 157 aktueller Rückkaufswert _____ EUR
 158 **Lebensversicherung** besteht bei Gesellschaft _____
 159 Höhe der Versicherungssumme _____ EUR fällig am: _____
 160 Vertrags-Nummer _____
 161 aktueller Rückkaufswert _____ EUR
 162 Besteht ein **Rentenanspruch**, ggf. wann und wo wurde Antrag gestellt? nein ja, beantragt bei _____
 163 Falls der Antrag abgelehnt wurde _____ wann? _____
 164 _____ warum? _____
 165 Werden Beiträge zur Rentenversicherung/ zur zusätzlichen Altersvorsorge freiwillig entrichtet? nein ja
 166 Für welchen Monat/Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet? _____
 167 Sind Sie im Besitz eines Sozialversicherungsausweises? nein ja, ggf ist dieser dem Antrag beizufügen
 168 (Sozialversicherungs-Nr. bitte unbedingt angeben) _____
 169 Bestehen beamtenrechtliche Versorgungs- oder Beihilfeansprüche? nein ja, bei _____

VIII. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft (monatlich)

1. Miete (Bitte Nachweise beifügen!)

170 Zahl der Personen in der Wohnung: Anzahl Person(en) Wohnfläche: _____ m² davon untervermietet: _____ m²
 171 Gesamtkosten der Unterkunft: _____ EUR
 172 davon Kaltmiete: _____ EUR
 173 Nebenkosten: _____ EUR
 174 Kosten für Stellplatz/Garage: _____ EUR
 175 Heizungskosten: Holz/Kohle Fernwärme Gas Öl Strom _____ EUR
 176 Einnahmen aus Untervermietung _____ EUR
 177 Sind in den angegebenen Beträgen – Kosten für Kochfeuerung enthalten? nein ja, in Höhe von _____ EUR
 178 – Kosten für Warmwasserbereitung enthalten? nein ja, in Höhe von _____ EUR

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

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

3. Sonstige Angaben zur Unterkunft

180 Wurde die Miete für den Antragsmonat bereits gezahlt? ja nein
 181 Bestehen Mietschulden? nein ja, in Höhe von _____ EUR
 182 Bestehen Schulden für Energielieferungen nein ja, in Höhe von _____ EUR
 183 Falls derartige Schulden bestehen: Hat der jeweilige Gläubiger bereits gerichtliche Schritte unternommen? nein ja, welche? _____

IX. Arbeitsverhältnisse vor Antragstellung (3 Jahre):

184 Erwerbsstatus Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSi) Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSi
 185 Keine Erwerbstätigkeit innerhalb von drei Jahren vor Antragstellung
 186 Erwerbstätig als _____

Zutreffendes ankreuzen!

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

Jüdling Bestell-Nr. 400 410 1003 406 1806 Tel. 0 89 374 36-0 Fax. 0 89 374 36-344 -sen/ce@jueringlingverlag.de Der Fachverlag

Zutreffendes ankreuzen!

187	Name u. Anschrift d. Arbeitgebers	von	bis	von	bis
188		von	bis	von	bis
189	Arbeitslos	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit
190	Stamm-Nr./Kunden-Nr.				
191	Nicht erwerbstätig wegen Aus- und Fortbildung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
192	wegen häuslicher Bindung (Kindererziehung, Pflege, Familienangehörig.)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
193	wegen Krankheit, Behinderung Arbeitsunfähigkeit/Pflege	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
194	aus Altersgründen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
195	aus sonstigen Gründen (bitte erläutern)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

X. Sonstiges:

196	Wurde bereits früher Sozialhilfe oder Grundsicherung bezogen? Falls ja, von welcher Behörde?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja vom	bis
197	Wann, woher und aus welchem Grund hier zugezogen?			
198	Hat den Umzug oder die Übersiedlung hierher eine Behörde bezahlt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
199	Falls ja, welche Behörde?			
200	Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertrittes			
201	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
202	Falls ja, Art der Bezüge, Stelle.			
203	Bei Heim- oder Anstaltsunterbringung und -entlassung a) (bei Heim- oder Anstaltsaufnahme) Wohnung, Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor Anstaltsaufnahme. . .			
204	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			
205	c) (bei Heim- oder Anstaltsentlassung) Wo und bis wann war die hilfebedürftige Person zuletzt in einer Anstalt? . .			
206	(Bei Kindern, die in Anstalten [Entbindungsheimen] geboren wurden) Name des Entbindungsheimes			
207	Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in die Anstalt . . .			
208	Wo hat sich das Kind seit der Herausnahme aus dem Heim aufgehalten (genaue Anschrift und Zeiten)?			

XI. Bankverbindung:

Girokonto der hilfebedürftigen Person:

209	Empfänger	Kreditinstitut
210	IBAN	

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 zurückerzahlen 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 Kriegsofferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsofferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

211			
	Ort, Datum	Unterschrift der hilfebedürftigen Person/des Antragstellers oder seines gesetzl. Vertreters	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners/ Partners eheähnliche Gemeinschaft

Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.

212	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Unterschrift hilfebedürftige Person/Antragsteller	Unterschrift des Aufnehmenden

Stellungnahme Wohnsitzgemeinde: (nur ausfüllen, wenn eine Prüfungszuständigkeit auf Grund von gesetzlichen Regelungen besteht).

213	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
	I. A.
	Mit _____ Anlagen an die Stadt/das Landratsamt/den Landkreis