



Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII

- Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittel Kapitel SGB XII)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII)
- sonstige Leistungen der Sozialhilfe (Fünftes bis Neuntes Kapitel SGB XII)

Bekanntgabe:

Antrag ausgegeben:

Eingangsstempel

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 des Antragstellers oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Nach § 60 SGB I muss der Antragsteller bei der Aufklärung des Sachverhaltes und der Feststellung der für die Sozialleistung bestehenden Voraussetzungen mitwirken. Die Nichtbeantwortung von Fragen kann im Einzelfall zur Folge haben, dass die beantragte Leistung nicht gewährt werden kann. Die Grenzen der Mitwirkung sind im § 65 SGB I geregelt.

Häusliche Verhältnisse

	Nachfragende Person	Ehegatte/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)
Familienname		
Geburtsname und früher geführte Namen		
Vorname/n		
Geburtsdatum, -ort		
Adresse/PLZ Wohnort		
Telefon (freiwillige Angabe)		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet	
Staatsangehörigkeit		
Vormund/Betreuer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anschrift		

Mehrbedarf (§ 30 SGB XII)

Besitzt eine der unter 1. eingetragenen Personen eine Schwerbehindertenausweis nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen "G" oder "aG"? **Wenn ja, bitte den Ausweis in Kopie beifügen!** nein ja, und zwar

Ist eine dieser Personen voll erwerbsgemindert im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung? Wenn ja, bitte den Rentenbescheid oder das ärztliche Gutachten beifügen! nein ja, und zwar

Anschrift Krankenkasse

Kranken- und Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied
	<input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied	<input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied
versichert als :	<input type="checkbox"/> Familienversichert	<input type="checkbox"/> Familienversichert

vollstationäre Unterbringung

Einrichtung	
Anschrift	
Aufnahmedatum	

Einkommensverhältnisse der nachfragenden Person und der im Haushalt lebenden Personen

Art des monatlichen Einkommens (Nachweis)	Nachfragende Person bzw. Antragsteller/in EUR	Ehegatte/Lebenspartner/Partner eheähnl. Gem. EUR	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			Nr. 1 EUR	Nr. 2 EUR	Nr. 3 EUR	Nr. 4 EUR
Renten/Pensionen						
Altersrente						
Erwerbsminderungsrente						
Rente wegen Arbeitslosigkeit						
Witwen/Witwerrente						
Waisenrente						
Knappschaftsrente						
Betriebsrente						
Zusatzrente						
Unfallrente						
Sonstige Renten/ Pensionen						
Einkommen aus nicht selbständiger Tätigkeit						
Einkommen aus selbständiger Tätigkeit						
Blindengeld						
Arbeitslosengeld nach SGB III						
(Arbeitslosengeld II) nach SGB II						
Sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit						
Leist. der Krankevers.						
Leist. der Pflegevers.						
Kindergeld						
Kinderzulage/ Zuschläge						
Elterngeld						
Wohngeld						
Sonstiges Einnahmen (Vermietung, Verpachtung)						

vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Bitte Nachweise beifügen!)

	Nachfragende Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebens- partner/Partner eheäähnl. Gem.	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4
absetzbare 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
Steuern auf Einkommen einschließlich Soli						
Kranken-/Pflegeversicherung						
Arbeitslosenversicherung						
Rentenversicherung						
Altersvorsorgebeiträge						
-versicherung						
-versicherung						
Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens						
Fahrtkosten zur Arbeitsstelle benutztes Verkehrsmittel						
Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle		km	km	km	km	km
Sonstiges						

Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft

Miete (Bitte Nachweise beifügen!)

Zahl der Personen in der Wohnung:		Wohnfläche:	qm
	Gesamtkosten der Unterkunft		
	davon	Kaltmiete	EUR
		Nebenkosten	EUR
		Heizkosten	EUR

Haus- und Wohneigentum (Nachweis Hauslasten)

Zahl der Personen in der Wohnung:		Wohnfläche:	qm
	Einfamilienhaus		<input type="checkbox"/>
	Zweifamilienhaus		<input type="checkbox"/>
	Mehrfamilienhaus		<input type="checkbox"/>
	Eigentumswohnung		<input type="checkbox"/>

Unterhaltspflichtige Angehörige (Eltern/ leibliche Kinder)				
	Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4
Familienname,				
Vorname				
Geburtsort/ Datum				
Anschrift				
Straße				
PLZ				
Ort				
Bruttogesamteinkommen über 100.000 € jährlich?	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"/>

wenn ja, Nachweise erforderlich

Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstige Vermögen		
	Nachfragende Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebens- partner/Partner eheähnl. Gem.
kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art des Vermögens	EUR	EUR
Bargeld		
Bank-/Sparguthaben		
Kreditinstitut		
IBAN		
Vertragsnummer		
Einlagewerte		
Wertpapiere/Depots Art der Anlage/Wert		
Lebensversicherung/ Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bitte den aktuellen Rückkaufwert nachweisen		
Vertragsnummer		
Hauseigentum - Grundbesitz		
- Haus/Eigentumswohnung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
. Größe Grundstück		
. Größe Haus/qm		
. Anzahl Wohnungen		
Sonstiger Grundbesitz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
. Art/Nutzung		
. Verkehrswert		
. Sonstiges		
Kraftfahrzeug(e)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Marke/Typ		
Kennzeichen/ Erstzulassung		
staatlich geförderte private Altersvorsorge (Vertragsnummer)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Mögliche Ansprüche gegen Dritte			
<u>Vermögensübertragungen</u>			
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
<u>Nicht geklärte Ansprüche</u>			
Glaubt die nachfragende Person oder sein/ihr Partner weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen noch Leistungen möglich wären?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja und zwar	<input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung	
<input type="checkbox"/> aus Krankheit	<input type="checkbox"/> aus Unfall	<input type="checkbox"/> aus dem Lastenausgleich	
<input type="checkbox"/> als Kriegsgeschädigte(r)	<input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund		
Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt?			
Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig? bei		Akz.:	
Bei Heim- oder Anstaltsunterbringung und -entlassung (§§ 106 ff SGB XII)			
a) (bei Heim- oder Anstaltsaufnahme) Wohnung, Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor Anstaltsaufnahme			
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			
c) (bei Heim- oder Anstaltsentlassung) Wo und bis wann war die nachfragende Person zuletzt in einer Anstalt?			
<u>XI. Bankverbindung: Girokonto der nachfragenden Person:</u>			
Empfänger		IBAN	
Kreditinstitut		BIC	
<p>Erklärung der nachfragenden Person/Antragsteller und seines/ihrer Ehegatten/Lebenspartners/Partner 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 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, das 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 Kriegsopferversorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferversorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.</p>			
Ort	Datum	Unterschrift der nachfragenden Person/Antragsteller	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners/oder seines gesetzlichen Vertreters/Partner eheähnliche Gemeinschaft