

Antrag auf Gewährung von

Ausgegeben am:

Eingegangen am:

- Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII)
- Hilfen nach den Kapiteln 5 - 9 SGB XII (z. B. Hilfe zur Gesundheit, Hilfe zur Weiterführung des Haushalts)

für _____

(Namen der Personen, die die Hilfe erhalten sollen)

(Nähere Begründung des Antrags, Ursache der Notlage)

Hinweis: Um über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag vollständig 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 SGB X. Die weitere Datenerhebung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus den §§ 60 ff 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	a) Nachfragende Person bzw. Antragsteller/in 1 bei Grundsicherung (auch Minderjährige)	b) Ehegatte/Lebenspartner/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller 2 bei Grundsicherung (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend)
Familienname:		
Geburtsname:		
Vorname(n):		
Geburtsdatum:		
Geburtsort/-kreis:		
Postleitzahl und Wohnort:		
Straße, Hausnummer:		
Telefon (freiwillig):		
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet
Seit wann:		
Erwerbsgemindert:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> auf Zeit <input type="checkbox"/> auf Dauer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> auf Zeit <input type="checkbox"/> auf Dauer
Pflegebedürftig:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Grad: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Grad: _____
Schwerbehinderung:	<input type="checkbox"/> nein Merkzeichen: _____ Grad in %: _____ <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein Merkzeichen: _____ Grad in %: _____ <input type="checkbox"/> ja
Art des Gebrechens:		
Unterbringung in einer Werk- / Tagesstätte:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> teilstationär	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> teilstationär
Name und Anschrift des Betreuers oder des Bevollmächtigten:		
Staatsangehörigkeit:		
bei Ausländern Rechtsgrundlage des Aufenthaltstitels:	§ _____ <input type="checkbox"/> befristet bis: _____ <input type="checkbox"/> unbefristet	§ _____ <input type="checkbox"/> befristet bis: _____ <input type="checkbox"/> unbefristet
Reisepass/ Ausweis Nr. Ausstellungsdatum und Behörde:	Nr. _____	Nr. _____

II. Außer der nachfragenden Person und ihrem Ehegatten/Lebenspartner/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft leben noch in der Haushaltsgemeinschaft:

	1	2	3	4
Familienname (ggf. Geburtsname):				
Vorname(n):				
Geburtsdatum:				
Geburtsort/-kreis/ Land:				
Staatsangehörigkeit:				
bei Ausländern Rechtsgrundlage des Aufenthaltstitels und Gültigkeitsdauer:	§	§	§	§
	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis:	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis:	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis:	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis:
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet
Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person:				
Schule u. derzeitige Klasse (bei Kindern):				
Beruf:				
Derzeit ausgeübte Tätigkeit:				
Derzeitiger Arbeitgeber:				
Bei Arbeitslosen/ arbeitslos seit:				
Bei anderen Nichterwerbstätigen: Grund der Nichterwerbstätigkeit / Erwerbsminderung:				
Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt für Behinderte, Tagesstätte):				
Sonstiges:				

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

Name der Person / des Kindes:		
Name des / der Unterhaltspflichtigen:		
Wohnanschrift des Unterhaltspflichtigen		
Name des Vormundes, Pflegers:		
Anschrift des Vormundes, Pflegers:		
Festgestellter Unterhaltsbetrag im Monat:		
In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich geleistet:		
Datum und Aktenzeichen des Gerichts, Urteils, Beschlusses o.ä.:		

III. Unterhalt:	Antragsteller 1 / Nachfragende Person:		Antragsteller 2 / Ehegatte Lebenspartner (nur ausfüllen wenn 2. Person Antragsteller ist):	
Verfügt eines Ihrer Kinder, verfügen Ihre Eltern 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	
	Name: _____		Name: _____	
Familienangehörige (Kinder, Eltern, <u>außerhalb</u> des Haushaltes)				
	1	2	3	4
Familienname (ggf. Geburtsname):				
Vorname(n):				
Geburtsdatum:				
Geburtsort/-kreis:				
Staatsangehörigkeit:				
bei Ausländern Rechtsgrundlage des Aufenthaltstitels und Gültigkeitsdauer:	§ _____ <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis: _____	§ _____ <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis: _____	§ _____ <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis: _____	§ _____ <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis: _____
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet
Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person:				
Postleitzahl und Wohnort:				
Straße und Hausnummer:				
Schule u. derzeitige Klasse (bei Kindern):				
Beruf / ausgeübte Tätigkeit:				
Derzeitiger Arbeitgeber:				
Bei Arbeitslosen: arbeitslos seit:				
Art der Rente (bei Rentenbezug):				
Sonstiges:				
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/-innen	<input type="checkbox"/> Unterhalt wurde nicht eingefordert		<input type="checkbox"/> Unterhalt wurde nicht eingefordert	
	<input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet		<input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet	
	<input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche wurden bereits geltend gemacht		<input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche wurden bereits geltend gemacht	
	<input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche sind tituliert (vollstreckbaren Titel bitte beifügen)		<input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche sind tituliert (vollstreckbaren Titel bitte beifügen)	
	<input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt		<input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt	
Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils:				
Höhe des Unterhalts mtl.:				
Name, Vorname u. Geb. Datum des Unterhaltspflichtigen:				
Postleitzahl und Wohnort:				
Straße und Hausnummer:				

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

Art des Einkommens monatlich:	Antragsteller 1 Nachfragende Person	Antragsteller 2 Ehegatte Lebenspartner	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1	2	3	4
Erwerbseinkommen:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Ausbildungsvergütung:						
Entgelt der Werkstatt f. behinderte Menschen:						
Gewerbe/ Handel/ Freiberufe:						
Einkommen aus Land- u. Forstwirtschaft:						
Vermietung/Verpachtung:						
Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden usw.):						
Grundsicherung für Arbeitssuchende (ALG II) nach SGB II:						
Leistungen der Agentur für Arbeit SGB III (z.B. ALG I, Insolvenzgeld):						
Leistungen der Krankenversicherung:						
Leistungen der Pflegeversicherung:						
Leistungen der Unfallversicherung:						
Wohngeld:						
Leistungen vom Versorgungsamt (z.B. Blindengeld):						
Leistungen v. Bezirk (z.B. Mobilitäts-Blinden-, Eingliederungshilfe):						
Mutterschaftsgeld:						
Elterngeld:						
Familiengeld:						
Kindergeld:						
Kinderzuschlag:						
Unterhalt nach BGB:						
Unterhaltsvorschuss nach UVG:						
Altersrente:						
Erwerbsminderungsrente:						
Witwen / Witwerrente:						
Waisenrente:						
Landwirtschaftliches Altersgeld:						
Betriebsrente / Zusatzrente:						
Rente aus privater Altersvorsorge:						
Unfallrente:						
Sonstige Rente / Auslandsrente:						
Pensionen:						
Leibrenten:						
Entschädigungsrente:						
Übergangsgeld:						
Sonstiges:						
Sonstiges:						
Kein Einkommen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Bitte Nachweise beifügen):	Antragsteller 1 Nachfragende Person	Antragsteller 2 Ehegatte Lebenspartner	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1	2	3	4
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
Steuern auf Einkommen:						
Sozialversicherungsbeiträge:						
Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens:						
- Fahrtkosten zur Arbeitsstelle:						
- benutztes Verkehrsmittel:						
- Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle:	km	km	km	km	km	km
Altersvorsorgebeträge:						
- versicherung						
Private Sachversicherungen:						
- versicherung						
- versicherung						
- versicherung						
Sonstiges:						

VI. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstige Vermögen im In- und Ausland (bitte Nachweise beifügen!):

Art des Vermögens:	Antragsteller 1 Nachfragende Person	Antragsteller 2 Ehegatte Lebenspartner	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1	2	3	4
Ich bin Kunde bei folgenden Kreditinstituten. Über weitere Konten und Geldanlagen verfüge ich nicht.	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
IBAN eintragen (Bei mehreren Konten bitte Kontenverzeichnis als Anlage beifügen):						
Einlagenwert (Kontostand):						
Bargeld, Sparguthaben, Wertpapiere, Depots, Art der Einlage, Wert:						
Immobilieigentum:						
Sonstiger Grundbesitz:						
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (Wohnrecht, Nießbrauch):						
Lebens, Sterbe- und private Rentenversicherungen:						
Rückkaufswert:						
Kraftfahrzeuge (Marke, Typ, Kennzeichen, Erstzulassung, km-Stand):						
Sonstiges:						
Sonstiges:						
Sonstiges:						
Kein Vermögen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. Sonstige Ansprüche gegen Dritte:	Antragsteller 1 / Nachfragende Person	Antragsteller 2 / Ehegatte Lebenspartner
Wurde vor Antragstellung jemals Vermögen auf andere Personen übertragen? (z. B. Schenkungen, Übergabevertrag)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nicht geklärte Ansprüche (z. B. wegen Krankheit, Unfall oder aus der Sozialversicherung, sonstige Ansprüche): Wo wurde diesbezüglich ein Antrag gestellt? (Name und Aktenzeichen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht ein Rentenanspruch, ggf. wann und wo wurde der Antrag gestellt (Name und Aktenzeichen)? Bei Ablehnung bitte die Gründe angeben:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie freiwillig in die gesetzliche Rentenversicherung eingezahlt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bestehen beamtenrechtliche Versorgungs- und Beihilfeansprüche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mitgliedschaft in der Kranken- und Pflegeversicherung: Ich bin versichert als:	<input type="checkbox"/> freiw.Mitgl. <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied	<input type="checkbox"/> freiw.Mitgl. <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied
	<input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> Rentenbewerber	<input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> Rentenbewerber
	<input type="checkbox"/> privat vers. <input type="checkbox"/> familienversichert	<input type="checkbox"/> privat vers. <input type="checkbox"/> familienversichert
Bei welcher Krankenkasse: Monatliche Beitragshöhe und Versicherungsnummer:		
Ich habe keine Kranken- und Pflegeversicherung:	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert	<input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert
Name der Gesellschaft bei der Sie früher versichert waren:		

VIII. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft:

Die Wohnung / das Haus wird von		Personen bewohnt (bitte die Anzahl eintragen).
Die Wohnfläche der Wohnung beträgt:		m ² . Hiervon sind <input type="checkbox"/> m ² untervermietet.
1. Miete (Bitte Nachweise beifügen):	Ich / wir wohnen mietfrei: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ich / wir wohnen zur Untermiete: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Grundmiete:		Die Wohnung ist ausgestattet mit:
Betriebskosten (kalt):		
Heizkosten:		Die Warmwasserbereitung erfolgt mit:
Warmwasserkosten:		
Sonstige Kosten:		Die Heizanlage wird betrieben mit (Öl, Gas, Fernwärme etc.):
Gesamtkosten der Unterkunft:		Das Mietverhältnis besteht seit:

2. Haus oder Wohneigentum:

Soweit Sie Haus- /Wohneigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten / Belastungen zu erstellen (Hauslastenberechnung). Bitte legen Sie uns hierzu Belege über alle Kosten, die für das Haus /die Wohnung anfallen, vor.

3. Sonstige Angaben zur Unterkunft:

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

IX. Sonstiges:	
Wurden bereits früher Leistungen der Sozialhilfe oder der Grundsicherung bezogen? Falls ja, von welcher Behörde?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom _____ bis _____
Hat die nachfragende Person während der letzten 3 Jahre andere Leistungen aus öffentlichen Mitteln (z.B. Arbeitslosengeld, ALG II, Renten, Unterhaltshilfen oder sonstige Sozialleistungen), erhalten? Falls ja, von welcher Behörde?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom _____ bis _____
Bei Heim- oder Anstaltsunterbringung: Haben Sie in den letzten 2 Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen? Falls ja, Anschrift der Anstalt / Einrichtung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom _____ bis _____

X. Bankverbindung (Girokonto der nachfragenden Person):	
Empfänger:	IBAN:
Kreditinstitut:	BIC:

Erklärung der nachfragenden Person / des Antragstellers und seines / ihres Ehegatten / Lebenspartners / Partners eheähnlicher 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 der Hilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I). Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger 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 (länger als 4 Wochen), 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 Kriegsofopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsofopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

Ort:	Datum:
Unterschrift der nachfragenden Person / der Antragstellenden Person oder seines gesetzlichen Vertreters	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller 2

Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen / ergänzt, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.	
Unterschrift der nachfragenden Person / der Antragstellenden Person oder seines gesetzlichen Vertreters	Unterschrift der aufnehmenden Person (Behördenmitarbeiter/in)