

| | | |
|----------|---|-----|
| Eingang: | Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) | AZ: |
|----------|---|-----|

- Hilfe zum Lebensunterhalt (Drittes Kapitel SGB XII)
 Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung (Viertes Kapitel SGB XII)
 Antrag auf Bescheinigung für die Befreiung vom Rundfunkbeitrag

Hinweis:
 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, den Antrag auf der letzten Seite 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 § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch- Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. 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. Ich bin auf den Schutz und die Übermittlung meiner Sozialdaten hingewiesen worden. Ich bin auch darauf hingewiesen worden, dass ich der Übermittlung meiner besonders schutzwürdigen Sozialdaten bereits jetzt widersprechen muss, wenn ich damit nicht einverstanden bin (§ 76 SGB X). Mir ist bekannt, dass ich meine Angaben belegen muss.

| 1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen | 1. Person | 2. Person |
|--|---|---|
| | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 1 | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <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 | | |
| Geburtsname | | |
| Vorname | | |
| Straße, Hausnummer | | |
| PLZ, Ort | | |
| Telefon (freiwillig) | | |
| Geburtsdatum und -ort | | |
| Rentenversicherungsnummer | | |
| Steuer-Identifikationsnummer | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit: | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit: |
| Wer trägt die überwiegenden Kosten des Haushalts? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betreuer(in) oder Bevollmächtigte(r) Name, Vorname Anschrift Telefon (freiwillig) | | |
| Staatsangehörigkeit | | |
| Bei Ausländern: aufenthaltsrechtlicher Status | | |

| | 1. Person | 2. Person |
|---|---|---|
| Kontingentflüchtling | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Spätaussiedler(in) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls ja: Ist die Verteilung länger als 3 Jahre her? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls ja: Ist die Verteilung länger als 3 Jahre her? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Datum der Einreise in die Bundesrepublik | | |
| z. Zt. ausgeübte Tätigkeit | | |
| Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus o.ä.) oder einer ambulant betreuten Wohnform ? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls ja seit wann? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls ja seit wann? |
| Falls ja: Wo haben Sie vorher gewohnt? | Aufenthalt vor Aufnahme in die Einrichtung oder ambulant betreute Wohnform | Aufenthalt vor Aufnahme in die Einrichtung oder ambulant betreute Wohnform |
| Haben Sie bereits Sozialleistungen erhalten? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls ja seit wann? bis wann? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls ja seit wann? bis wann? |
| Leben weitere Personen im Haushalt bzw. der Wohngemeinschaft? | <input type="checkbox"/> Ja → Bitte Ergänzungsblatt für jede weitere Person verwenden! <input type="checkbox"/> Nein | |
| 2. Unterhalt | 1. Person | 2. Person nur auszufüllen, wenn auch Antragsteller(in) |
| Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/ Ehegattinnen o. Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft? | <input type="checkbox"/> Nein , auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja , Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> Ja , Unterhaltsansprüche sind aber noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja , Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja , Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) | <input type="checkbox"/> Nein , auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja , Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> Ja , Unterhaltsansprüche sind aber noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja , Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja , Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) |
| Familienname | Des/der geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten/Ehegattin oder Partners/Partnerin | Des/der geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten/Ehegattin oder Partners/Partnerin |
| Vorname | | |
| Straße, Hausnummer | | |
| PLZ, Ort | | |
| Geburtsdatum und -ort | | |

| Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft (Eltern, Kinder- auch aus früheren Ehen, nicht ehelichen Kindern, Adoptivkinder) | | | | | |
|--|---------------------|---|--------------------|---|---|
| Familienname | Vorname | Verwandtschafts- verhältnis | Geburtsdatum | z. Zt. ausgeübte Tätigkeit | Anschrift |
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| | | 1. Person | | 2. Person | |
| Verfügen Ihre Eltern gemeinsam oder verfügt eines Ihrer Kinder allein über ein erhebliches Einkommen? (ab 100.000 EUR jährl.) | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| 3. Bedarfsermittlung | | | | | |
| 3.1 Kosten der Unterkunft <u>bei Mietwohnungen</u> | | | | | |
| Zahl der Personen in der Wohnung: | | Wohnfläche: m ² | | Anzahl der Räume: | |
| Einzugsdatum: | | Jahr der Bezugsfertigkeit: | | | |
| Grundmiete: | | EUR | | | |
| Kalte Betriebskosten / Nebenkosten | | EUR | | | |
| Heizkosten | | EUR | | | |
| Art der Beheizung | | <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Strom | | | |
| Erfolgt eine dezentrale Warmwassererzeugung? (z.B. Durchlauferhitzer, Elektrobeuler) | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | |
| Enthalten die oben genannten Beträge Kosten für Haushaltsstrom? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Falls ja, Höhe: EUR | |
| Enthalten die oben genannten Beträge Kosten für Schönheitsreparaturen? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Falls ja, Höhe: EUR | |
| Enthalten die oben genannten Beträge Kosten für Kochenergie (z.B. Gas)? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Falls ja, Höhe: EUR | |
| Enthalten die oben genannten Beträge Kosten für Möblierung? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Falls ja, Höhe: EUR | |
| Enthalten die oben genannten Beträge Kosten für Fernsehempfang über Kabel? | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | Falls ja, Höhe: EUR | |
| 3.2 Kosten der Unterkunft <u>bei Haus- oder Wohneigentum</u> | | | | | |
| Zahl der Wohnungen: | | | | | |
| Eigentümer: | ggf. Anteil v.H. | Einheitswert | EUR | geschätzter Verkehrswert | EUR |
| sonst. Grundbesitz insg. ha davon Bauland: | | m ² | Bauerwartungsland: | m ² | Garten: m ² |
| Eigentümer: | ggf. Anteil v.H. | Einheitswert | EUR | geschätzter Verkehrswert | EUR |

| | | | |
|--|---|---|-------------------------------|
| Flurstück Nr.(n) des Grundbesitzes: | | Gemarkung: | |
| Es werden selbst bewirtschaftet: ha | | Es werden verpachtet ha Es sind gepachtet ha | |
| Soweit Sie Haus-/ Wohneigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen! (z.B. Grundsteuer, Wasser/Abwassergebühren, Abfallgebühren, Schornsteinfeger, Straßenreinigung, Wartungskosten, Wohngebäudeversicherung, u.s.w.) | | | |
| 3.3 Mehrbedarfe | 1. Person | 2. Person | |
| Sind sie alleinerziehend? | <input type="checkbox"/> Ja | | <input type="checkbox"/> Nein |
| Besteht eine Schwangerschaft? (falls ja, Schwangerschaftswoche nachweisen) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Schwangerschaftswoche: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Schwangerschaftswoche: | |
| Schwerbehinderung? (falls ja, Ausweis oder Feststellungsbescheid beifügen) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung? (falls ja, ärztliche Bescheinigung beifügen) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| 3.4 Kranken- /Pflegeversicherung | 1. Person | 2. Person | |
| Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? | <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig | <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig | |
| Art der Versicherung | <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat | <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat | |
| Bei freiwilliger oder privater Versicherung: Höhe des mtl. Beitrages | EUR | EUR | |
| 3.5 Zusatzbedarfe | 1. Person | 2. Person | |
| Benötigen Sie Hilfe bei einzelnen hauswirtschaftlichen Verrichtungen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Falls ja, bei welchen und in welchem Umfang? | | | |
| Welche notwendigen Kosten sind damit verbunden? | EUR | EUR | |
| Wer leistet die Hilfestellung? | | | |
| Benötigen Sie Leistungen zur Erstausrüstung für - Wohnung inklusive Haushaltsgeräten - Bekleidung, auch bei Schwangerschaft und Geburt? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls ja, wofür: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls ja, wofür: | |
| Darlehen für Mietrückstände oder ähnliche Notlagen? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls ja, wofür: | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls ja, wofür: | |

| 4. Einkommen (z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate) | | |
|--|---|---|
| Hinweis: Es sind sämtliche Einkünfte, auch geringfügige, anzugeben. Die unten stehende Aufzählung ist insoweit nicht abschließend. Es kommt nicht darauf an, ob die Einkünfte steuer- oder sozialversicherungspflichtig sind. | | |
| 4.1 Einkommensarten | 1. Person | 2. Person |
| | mtl. Betrag in EUR | mtl. Betrag in EUR |
| Erwerbseinkommen/ Ausbildungsvergütung | | |
| Entgelt der WfbM | | |
| Leistung der Krankenkasse (z. B. Krankengeld) | | |
| Gewerbebetrieb / Land- und Forstwirtschaft | | |
| Vermietung und Verpachtung (auch Untermiete) | | |
| Ausländische Miet- und Pachteinnahmen | | |
| Wohngeld/ Lastenzuschuss | | |
| Altersrente/ Pensionen | | |
| Erwerbsminderungsrente | | |
| Unfallrente, Betriebsrente | | |
| Witwenrente/ Waisenrente | | |
| Rente im / aus dem Ausland bzw. ausländische Rentenansprüche (auch noch nicht geltend gemachte Rentenansprüche) | | |
| Arbeitslosengeld oder Sozialgeld nach dem SGB II | | |
| Arbeitslosengeld/ BAB / Eingliederungshilfe nach dem SGB III | | |
| BAföG | | |
| Kindergeld/ Kinderzuschlag | | |
| Wird die Leistung an das Kind weiter gegeben? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Unterhalt/ Unterhaltsvorschuss | | |
| Steuererstattung / Kapitalerträge | | |
| sonstige Einkünfte | | |
| Haben Sie eine oder mehrere der o.g. Leistungen beantragt, erhalten aber noch keine Zahlung? | Falls ja, bitte Leistungsart, Antragsdatum, Aktenzeichen angeben | Falls ja, bitte Leistungsart, Antragsdatum, Aktenzeichen angeben |

| 4.2 Absatzbeiträge | 1. Person | 2. Person |
|--|--|--|
| | mtl. Betrag in EUR | mtl. Betrag in EUR |
| Steuern / SV-Beiträge | | |
| Haftpflichtversicherung | | |
| Unfallversicherung | | |
| Hausratversicherung | | |
| Altersvorsorgebeiträge | | |
| Sterbeversicherung | | |
| Aufwendungen für Arbeitsmittel | | |
| Bei Einkünften aus nichtselbständiger Tätigkeit | | |
| Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle | km | km |
| Kosten für öffentliche Verkehrsmittel | | |
| Bei Nutzung eines KFZ | <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad | <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad |
| 5. Vermögen | | |
| 5.1 Vorhandenes Vermögen | 1. Person | 2. Person |
| | aktueller Wert in EUR | aktueller Wert in EUR |
| Bargeld | | |
| Bank- / Sparguthaben | | |
| Geldvermögen im Ausland | | |
| Wertpapiere, Aktien, Fonds im In- und Ausland | | |
| Bausparverträge | | |
| Lebens-/ Sterbeversicherung | | |
| Hauseigentum, Grundbesitz | | |
| Immobilienvermögen im Ausland (Nachweise zu Wert und Größe sowie Lage des Grundstückes sind beizufügen !) | | |
| Patentrechtliche Vermögenspositionen | | |
| Vermögensgegenstände im In- und Ausland | | |
| Kraftfahrzeuge | | |
| Sonstiges Vermögen (z. B. Wohnrechte, Anteilsrechte) | | |
| 5.2 Schulden | 1. Person | 2. Person |
| Ist bereits eine Schuldnerberatungsstelle bei der Regulierung der Schulden behilflich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| Name des Gläubigers u. des Schuldners, Grund der Schuldenaufnahme | Höhe der ursprünglichen Verbindlichkeit in EUR | derzeitige Restschuld in EUR (Tilgung und Zins getrennt) |
| 1. | | |
| 2. | | |

| 5.3 Vermögensübertragung | 1. Person | 2. Person |
|--|---|---|
| Wurde Vermögen in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen? (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil) | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> Ja, siehe beigelegte Urkunde | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> Ja, siehe beigelegte Urkunde |
| 6. Sonstiges | | |
| 6.1 Ermittlung kostenerstattungspflichtiger Träger | 1. Person | 2. Person |
| 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 2 Monaten aus dem Ausland eingereist? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 6.2 Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland | 1. Person | 2. Person |
| Haben Sie sich bereits im Ausland zum Arbeiten aufgehalten? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls „JA“ - Bitte Ergänzungsblatt „Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland“ verwenden! | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls „JA“ - Bitte Ergänzungsblatt „Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland“ verwenden! |
| 6.3 Bankverbindung und Erklärung | | |
| Ggf. zu zahlende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen | | |
| Name und Vorname des Kontoinhabers: _____ | | |
| Name und Sitz des Geldinstituts: _____ | | |
| IBAN: _____ | | |
| BIC: _____ | | |
| Hiervon abweichend bin ich mit folgenden Direktzahlungen einverstanden: | | |
| <input type="checkbox"/> Miete an Vermieter <input type="checkbox"/> Energiekosten an Energieversorger <input type="checkbox"/> Beitrag an Kranken- bzw. Pflegekasse | | |

Den Antrag auf Sozialhilfeleistungen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt und die Richtigkeit durch Unterschrift bestätigt.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts Wesentliches verschwiegen habe.

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss und dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Sozialhilfe übergehen und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. Wohngeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz, Rente) geltend gemacht werden können.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. , werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen. Nach Aufklärung über den Umfang, den Zweck und die Tragweite meiner Erklärungen erteile ich die Einwilligung zu allen erforderlichen Maßnahmen, soweit diese für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind.

Ich ermächtige den Träger der Sozialhilfe, Akten anderer Sozialleistungsträger einzusehen, von denen ich Leistungen erhalte, erhalten oder beantragt habe.

Wenn und solange ich Sozialhilfeleistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten/Ehegattin/Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.

.....
Datum

.....
1. Person Unterschrift

.....
2. Person Unterschrift

Bei Änderungsvermerken:

Ich bestätige, dass die Änderungen und Ergänzungen, die der Mitarbeiter der Behörde vorgenommen hat, mit mir besprochen wurden und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.

.....
1. Person Unterschrift

.....
2. Person Unterschrift