

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Für

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, 7-9 SGB XII, und zwar in Form von:
(z.B. Hilfe bei Krankheit, Hilfe zur Pflege)

Nähere Begründung des Antrages, Ursache der Notlage:

Eingangsstempel

Ausgegeben am:

Der/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 Verpflichtung zur 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).

Zutreffendes ankreuzen!

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/in eingetragener Lebenspartnerschaft seit* <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit* <input type="checkbox"/> verwitwet seit* <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehoben seit* Tag Monat Jahr Datum* *Datumsangaben nur bei Änderung gegenüber der letzten Erklärung Wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft seit* <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit* <input type="checkbox"/> verwitwet seit* <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehoben seit* Tag Monat Jahr Datum* *Datumsangaben nur bei Änderung gegenüber der letzten Erklärung Wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils
	Wurde eine Unterhaltsregelung getroffen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
14	Staatsangehörigkeit aufenthaltsrechtlicher Status		
15	Ausweispapiere	<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.
17	Erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig – pflegebedürftig?	erwerbsgemindert/arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja behindert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja pflegebedürftig Grad <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	erwerbsgemindert/arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja behindert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja pflegebedürftig Grad <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
18	ggf. warum? (Gebrechen)		
19	Schwerbehindertenausweis ausgestellt am:	GdB Merkzeichen	GdB Merkzeichen
20	Betreuer/in (Kopie Bestellungs- urkunde beifügen)		
21	Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
22	Erlerner Beruf		
23	derzeitige/zuletzt ausgeübte Tätigkeit		
24	derzeitiger/letzter Arbeitgeber		
25	Schulabschluss		

II. Familienverhältnisse: Außer der hilfebedürftigen Person und seinem Ehegatten/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft leben noch in der Haushaltsgemeinschaft

	1	2	3	4
26	Familienname (ggf. auch Geburtsname)			
27	Vorname(n)			
28	Geburtsdatum/-ort			
29	Familienstand			
30	Verwandtschaftsverhältn. z. Antragsteller			
31	Beruf			
32	Arbeitgeber oder Art d. Rente usw.			

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

33	Name der Person/des Kindes	
34	Name des/der Unterhaltspflichtigen	
35	Wohnanschrift d. Unterhaltspflichtigen	
36	Name des Vormunds, Pflegers	
37	Anschrift d. Vormunds, Pflegers	
38	Festgestellter Unterhaltsbetrag/ Monat	EUR
39	In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich geleistet?	EUR
40	Datum und Aktenzeichen des Gerichts, Urteils, Beschlusses o. ä.	

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

III. Unterhaltspflichtige Angehörige

1. Bei allen Hilfen nach SGB XII (außer bei Leistungen zum Lebensunterhalt an Minderjährigen)

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

41	Verfügt eines Ihrer Kinder/ein Eltern-teil vermutlich über ein Gesamteinkommen ab 100.000 EUR jährlich (Summe aus allen bezogenen Arbeitsentgelten und -einkommen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 44 Adressen an)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 44 Adressen an)
42	Derzeit ausgeübter und erlernter Beruf Ihrer Kinder/Eltern (jeweils bei 1 oder 2 eintragen)	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen 1 2	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen 1 2

2. Bei allen Hilfen nach SGB XII (einschließlich Grundsicherung, wenn Zeile 41 "X" ja" angekreuzt wurde)

43	Familienname, Vorname der/des unterhaltspflichtigen Angehörigen	1	2	1	2
44	Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)				
45	Geburtsdatum				
46	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/geschiedenen 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/geschiedenen Partners/Partnerin: _____ EUR	

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

(Nachweis über Art und Höhe der Einkünfte z.B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung bzw. Bescheide über sonstige Sozialleistungen beifügen.)

47	Art des Einkommens monatlich (auch ausländisches Einkommen!)	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in EUR	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft EUR	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
				1 EUR	2 EUR	3 EUR	4 EUR
48	Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Einkommen aus Nichtselbstständiger Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
50	Gewerbe/Handel/Freiberufe						
51	Land- und Forstwirtschaft						
52	Sonstige selbstständige Tätigkeit						
53	Vermietung und Verpachtung						
54	Leistungen der Kranken-/Pflegeversicherung						
55	Wohngeld/Lastenzuschuss						
56	Renten/Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirtschaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente)						
57	Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz						
58	Lastenausgleich						
59	Leistungen d. Agentur für Arbeit						
60	Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Erziehungsgeld)						
61	Ausbildungsförderung						
62	Unterhalt						
63	Zinsen, Dividenden						
64	Sonstige Einkünfte						

V. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (Bitte Nachweise beifügen!)

65	Keine absetzbaren Beträge	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in EUR	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft EUR	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
				1 EUR	2 EUR	3 EUR	4 EUR
66	Ausgaben						
67	Steuern auf Einkommen einschl. Soli						
68	Kranken-/Pflegeversicherung						
69	Arbeitslosenversicherung						
70	Rentenversicherung						
71	Altersvorsorgebeiträge						
72	-versicherung						
73	-versicherung						
74	Lebensversicherung						
75	Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens						
76	- Fahrtkosten zur Arbeitsstelle						
77	- Benutztes Verkehrsmittel						
78	- Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km	km	km
79							

Zutreffendes ankreuzen!

VI. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (auch im Ausland!) – ggf. Beiblatt verwenden – (Bitte Nachweise beifügen!)

X Zutreffendes ankreuzen!

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1	2	3	4
80 Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art des Vermögens	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
81 Bargeld						
82 Bank-/Sparguthaben (inkl. VwL) (bei welchem Kreditinstitut?)						
83 Wertpapiere						
84 Lebensversicherungen (bei "Ja" Zeilen 109 bis 111 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
85 Haus-/Wohnneigentum**						
86 Sonstiger Grundbesitz**						
87 Kraftfahrzeug(e) Marke/Typ Kennzeichen/Erstzulassung						
88 Staatlich geförderte private Altersvorsorge						
89 Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)						
90 Sonstiges Vermögen (Patentrechte, sonstige Vermögensgegenstände etc.)						

** Wert, Größe sowie Lage Ihres Immobilienvermögens ist durch die Einreichung geeigneter Dokumente (Katasterauszug, Grundbuchauszug, Fotos etc.) nachzuweisen.

VII. Mehrbedarfe (§§ 30, 42b SGB XII)

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige	Nachweise beifügen!
91 Kostenaufwändige Ernährung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ärztliches Attest
92 Eingeschränkte Mobilität (Merkzeichen G oder aG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Schwerbehindertenausweis
93 Mittagsverpflegung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder in einer Tagesförderstätte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Nachweis über Verpflegungskosten
94 Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Entbindungstermin
95 Alleinerziehung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

VIII. Mögliche Ansprüche gegen Dritte

1. Vermögensübertragungen

96 Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)? nein ja, siehe beigefügten Vertrag/Urkunde

Bemerkungen

2. Nicht geklärte oder streitige Ansprüche

97 Glaubst du 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
 als Kriegsbeschädigte(r) aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____

98 Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt? _____

99 Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig? nein ja, bei _____ Az. _____

3. Versicherungsansprüche (auch im Ausland!)

100 Sind Sie **privat kranken- und pflegeversichert**? nein ja Bei welcher Versicherung: _____

101 **Basistarif** nein ja Monatsbeitrag _____ EUR

102 **Derzeit Mitglied welcher gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse?** Monatsbeitrag _____ EUR

103 Versichert als Pflichtmitglied freiw. Mitglied Renten-antragsteller Rentner Familien-versicherter

104 Familienversichert bei _____

105 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 _____

106 Bei welcher Kranken- und Pflegekasse? _____

107 Versichert als Pflichtmitglied freiw. Mitglied Renten-antragsteller Rentner

108 Besteht eine **Sterbegeldversicherung**/ein **Bestattungsvorsorgevertrag**? nein ja, welche _____

109 Besteht eine **Lebensversicherung**? nein ja, bei _____

110 Vertragsnummer: _____ Versicherungssumme _____ EUR fällig am _____

111 Aktuelle Rückkaufswerte (Zeile 108-110) _____ EUR

112 Besteht ein **Rentenanspruch**, ggf. wann und wo wurde Antrag gestellt? nein ja, beantragt bei _____

113 Falls der Antrag abgelehnt wurde _____ wann? _____ warum? _____

114 Werden Beiträge zur Rentenversicherung/zur zusätzlichen Altersvorsorge freiwillig entrichtet? nein ja

115 Für welchen Monat/Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet? _____

116 Sind Sie im Besitz eines Sozialversicherungsausweises? nein ja, ggf ist dieser dem Antrag beizufügen

117 (Sozialversicherungs-Nr. bitte unbedingt angeben) _____

118 Bestehen beamtenrechtliche Versorgungs- oder Beihilfeansprüche? nein ja, bei _____

IX. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft (monatlich)

1. Miete für Wohnung (Bitte Nachweise beifügen!)

119 Zahl der Personen in der Wohnung: Anzahl _____ Person(en) Wohnfläche: _____ m² davon untervermietet: _____ m²

120 Gesamtkosten der Unterkunft: _____ EUR

121 davon Kaltmiete: _____ EUR

122 Nebenkosten: _____ EUR

123 Heizungskosten: Holz/Kohle Fernwärme Gas Öl Strom _____ EUR

124 Einnahmen aus Untervermietung _____ EUR

125 Sind in den angegebenen Beträgen – Kosten für Kochfeuerung enthalten? nein ja in Höhe von _____ EUR

126 – Kosten für Warmwasserbereitung enthalten? nein ja in Höhe von _____ EUR

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

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

3. Miete für besondere Wohnform der Eingliederungshilfe; ehemals stationäre Einrichtung (Bitte Wohn- und Betreuungsvertrag beifügen!)

Table with 3 columns: Question, Answer (ja/nein), and Amount (EUR). Rows include questions about room rental, costs (total, cold rent, side costs), and maintenance/fees.

X. Arbeitsverhältnisse vor Antragstellung (3 Jahre):

Table with 3 columns: Erwerbsstatus, Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSI), Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSI. Rows include questions about employment status, duration, and unemployment benefits.

XI. Sonstiges:

Table with 2 columns: Question and Answer (ja/nein). Rows include questions about social benefits, migration, and residence in care facilities.

XII. Bankverbindung: Girokonto der hilfebedürftigen Person:

Form for bank details including Name and Sitz des Geldinstituts, IBAN, and BIC.

Erklärung der hilfebedürftigen 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.

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

Table for signatures: Ort, Datum; Unterschrift hilfebedürftige Person/Antragsteller; Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners/Partner eheähnliche Gemeinschaft.

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

Signature lines for 'Unterschrift nachfragende Person/Antragsteller' and 'Unterschrift des Aufnehmenden'.

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

Vorstehende Angaben entsprechen der Wahrheit oder nicht der Wahrheit. Die Notlage wird anerkannt oder nicht anerkannt. (Bei Verneinung der Notlage, nähere Bemerkungen bitte auf Beiblatt)

Form for 'I. A.' (In the interest of) and address information: Mit ... Anlagen an die Stadt/das Landratsamt/den Landkreis.

X Zutreffendes ankreuzen!