

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Für

 Name der Person(en), die Sozialhilfe erhalten soll(en)

wird Sozialhilfe durch Gewährung von

- Grundsicherung im Alter 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:

Eingangsstempel

Ausgegeben am:

Der/die Antragsteller/in, die nachfragende Person ist

<input type="checkbox"/>	Kriegsbeschädigte/r oder Kriegshinterbliebener
<input type="checkbox"/>	Ausländer/in, Staatenlose/r
<input type="checkbox"/>	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 Art. 6 Abs. 1 lit. c) und e) und Artikel 4 Nr. 2 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. m. §§ 67 bis 78 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an die datenerhebende Stelle. 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).

1. Persönliche Verhältnisse	Nachfragende Person bzw. Antragsteller/in 1 bei Grundsicherung (GSI)	Ehegatte/Lebenspartner/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller/in 2 bei GSI								
Familienname (ggf. Geburtsname angeben)										
Vorname/n										
Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)										
Geburtsdatum										
Geburtsort/Kreis										
Familienstand a) seit wann verheiratet, geschieden, getrennt lebend, Lebenspartnerschaft, verwitwet? (wenn geschieden): b) Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils	<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 a) b)	<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 a) b)								
Art der Unterhaltsregelung										
Erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig-pflegebedürftig? ggf. warum? (GdB und Gebrechen)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig <input type="checkbox"/>nein <input type="checkbox"/>ja</td> <td style="width: 15%;">behindert <input type="checkbox"/>nein <input type="checkbox"/>ja</td> <td style="width: 15%;">pflegebedürftig <input type="checkbox"/>nein <input type="checkbox"/>ja</td> <td style="width: 45%;">Grad</td> </tr> </table>	erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	behindert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	pflegebedürftig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Grad	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig <input type="checkbox"/>nein <input type="checkbox"/>ja</td> <td style="width: 15%;">behindert <input type="checkbox"/>nein <input type="checkbox"/>ja</td> <td style="width: 15%;">pflegebedürftig <input type="checkbox"/>nein <input type="checkbox"/>ja</td> <td style="width: 45%;">Grad</td> </tr> </table>	erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	behindert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	pflegebedürftig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Grad
erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	behindert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	pflegebedürftig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Grad							
erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	behindert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	pflegebedürftig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Grad							
Schwerbehindertenausweis ausgestellt am:										
Betreuer/in (Kopie der Bestellungsurkunde beifügen)										
Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)										
Staatsangehörigkeit										
Bei Ausländern Aufenthaltsrechtl. Status a) Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis								

b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis	
Ausweispapiere: Art und Nummer	<input type="checkbox"/> eAT <input type="checkbox"/> PersAusweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.:		<input type="checkbox"/> eAT <input type="checkbox"/> PersAusweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.:	
Ausstellungstag, Ausstellungsbehörde				
bei Spätaussiedlern Bescheinigung nach §15 BVFG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ausstellungstag, Ausstellungsbehörde				
Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt f. Behinderte, Tagesstätte)				

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

	1		2		3	
Familienname (ggf. Geburtsname angeben)						
Vorname/n						
Geburtsdatum						
Geburtsort/Kreis/Land						
Staatsangehörigkeit						
Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status a) Duldung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	gültig bis
b) Niederlassungserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	gültig bis
c) Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	gültig bis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	gültig bis
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft	
Verwandtschaftsverhältnis zur hilfebedürftigen Person						
(bei Kindern): Schule u. derzeitige Klasse						
Beruf						

3. Unterhaltspflichtige Angehörige

	nur ausfüllen, wenn 2. Person Antragsteller/in ist			
Verfügt eines Ihrer Kinder/ein Elternteil vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.00 € jährlich)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
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
Familienname, ggf. Geburtsname der/des unterhaltspflichtigen Angehörigen				
Vorname/n				
Geburtsdatum				
Geburtsort				

Staatsangehörigkeit				
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller				
Wohnanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)				
Arbeitgeber Name, Anschrift				
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 € 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 € des/der getrennt lebenden/geschiedenen Partners/Partnerin: _____ EUR		

4. Einkommensverhältnisse der hilfebedürftigen Personen 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 (auch ausländisches Einkommen!)	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in EUR	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft EUR	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend 2.		
			1 EUR	2 EUR	3 EUR
Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkommen aus Nichtselbstständiger Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)					
Gewerbe/Handel/Freiberufe (selbstständige Tätigkeit)					
Land- und Forstwirtschaft					
Vermietung und Verpachtung					
Kapitalvermögen					
Sonstige Einkünfte aus selbstständiger Tätigkeit					
Arbeitslosengeld nach SGB II					
Leistungen der Agentur für Arbeit (z.B. ALG I)					
Leistungen der Krankenversicherung					
Leistungen der Pflegeversicherung					
Mutterschaftsgeld					
Leistungen für Kinder z. B. Kindergeld, Erziehungsgeld :					

Unterhalt					
Leistungen nach Bundesversorgungsgesetz					
Wohngeld / Lastenzuschuss					
Renten/Pensionen (z.B. Altersrente, Erwerbsminderungsrente, Unfallrente, Witwen- oder Waisenrente, Betriebsrente, Zusatzrente usw.)					
BAföG-Leistungen					
Blindengeld					
Eingliederungsleistungen für Aus- und Übersiedler					
Übergangsgeld					
Sonstiges Einkommen					

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

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend 2.		
			1	2	3
Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgaben	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Steuern auf Einkommen einschl. Soli					
Kranken-/Pflegeversicherung					
Arbeitslosenversicherung					
Rentenversicherung					
Altersvorsorgebeiträge					
-versicherung					
-versicherung					
Lebensversicherung					
Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens - Fahrtkosten zur Arbeitsstelle					
- benutztes Verkehrsmittel					
- Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km	km
Sonstiges					

6. 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 2.		
			1	2	3
Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art des Vermögens	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Bargeld	<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
Bank-/Sparguthaben (einschließlich vermögenswirksamer Leistungen)	<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
Kreditinstitut					
Wertpapiere/Depots	<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
Art der Einlage/Wert					
Lebensversicherungen	<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
Haus/Wohneigentum Haus/Eigentumswohnung	<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
-Größe Grundstück -Größe Haus, Wohnung / m ² -Anzahl Wohnungen					
Sonstiger Grundbesitz	<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
-Art/Nutzung -Verkehrswert -Sonstiges					
Kraftfahrzeuge	<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
Marke/Typ Kennzeichen Erstzulassung					
Staatlich geförderte private Altersvorsorge	<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
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)	<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
Sonstiges Vermögen (Patentrechte, sonst. Vermögensgegenstände etc.)	<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

7. Mögliche Ansprüche gegen Dritte

7.1 Vermögensübertragungen

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:
---	--

7.2 Nicht geklärt oder streitige Ansprüche

Glaubt die hilfbedürftige Person oder ihr Partner weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen noch Leitungen möglich wären?

Nein Ja, und zwar aus der Sozialversicherung aus Krankheit aus Unfall aus dem Lastenausgleich
als Kriegsbeschädigter aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____.

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

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

7.3 Versicherungsansprüche (auch im Ausland)

Steuer-Identifikationsnummer: _____

Sind Sie privat kranken- und pflegeversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bei welcher Versicherung:		
Basistarif	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Monatsbeitrag:	EUR
Derzeit Mitglied welcher gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse?	Monatsbeitrag: EUR		
Versichert als.....	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> Rentner		
Familienversichert bei.....	<input type="checkbox"/> Familienversicherter		
Wenn Sie derzeit nicht Mitglied einer ges. Kranken- und Pflegeversicherung sind: Waren Sie bereits gesetzlich kranken- und pflegeversichert?.....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von:	bis:
Bei welcher Kranken- und Pflegekasse?.....			
Versichert als.....	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller <input type="checkbox"/> Rentner		
	<input type="checkbox"/> Familienversicherter		
Besteht eine Sterbegeldversicherung / ein Bestattungsvorsorgevertrag ?...	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:		
Besteht eine Lebensversicherung ?.....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei:		
Vertragsnummer.....		Versicherungssumme EUR	fällig am
Aktuelle Rückkaufwerte.....		EUR	
Besteht ein Rentenanspruch , ggf. wann und wo wurde Antrag gestellt?..	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei:		
Falls der Antrag abgelehnt wurde.....	wann?	warum?	
Werden Beiträge zur Rentenversicherung/zur zusätzlichen Altersvorsorge freiwillig entrichtet?.....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Für welchen Monat/Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet?.....			
Sind Sie im Besitz eines Sozialversicherungsausweises?.....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. ist dieser dem Antrag beizufügen		
(Sozialversicherungs-Nr. bitte unbedingt angeben).....			
Bestehen beamtenrechtliche Versorgungs- oder Beihilfeansprüche?			

8. Mehrbedarfe (§§ 30, 42b SGB XII)

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige	Nachweise beifügen !
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
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
Mittagsverpflegung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder in einer Tagesförderungsstätte	<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
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
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	

9. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft (monatlich)

9.1 Miete (Bitte Nachweise beifügen!)

Zahl der Personen in der Wohnung:	Wohnfläche:	m ²	davon untervermietet:	m ²
Gesamtmiete:			EUR	
davon Kaltmiete:			EUR	
Nebenkosten:			EUR	
Kosten für Stellplatz/Garage:			EUR	
Heizungskosten: <input type="checkbox"/> Holz/Kohle <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Strom			EUR	
Einnahmen aus Untervermietung:			EUR	
Sind in den angegebenen Beträgen -Kosten für Kochfeuerung enthalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von:			EUR	
-Kosten für Warmwasserbereitung enthalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von:			EUR	

9.2 Haus-/Wohneigentum (Bitte Nachweise beifügen!)

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

9.3 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:	EUR
Bestehen Schulden für Energielieferungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von:	EUR
Falls derartige Schulden bestehen: Hat der jeweilige Gläubiger bereits gerichtliche Schritte unternommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?	

10. Arbeitsverhältnisse vor Antragstellung (3 Jahre):

Erwerbsstatus	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in 1 bei Grundsicherung (GSI)	Ehegatte/Lebenspartner/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller/in 2 bei GSI
Keine Erwerbstätigkeit innerhalb von drei Jahren vor Antragstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwerbstätig als		
Name u. Anschrift d. Arbeitgebers:	von bis	von bis
	von bis	von bis
Auslandsaufenthalte in den letzten drei Jahren	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, dann bitte die Anlage zu Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland ausfüllen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, dann bitte die Anlage zu Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland ausfüllen.
Arbeitslos	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
Stamm-Nr./Kunden-Nr.		
Arbeitslosengeld nach SGB III	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:
Arbeitslosengeld nach SGB II	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit:

11. Sonstiges:

Wurde bereits früher Sozialhilfe oder Grundsicherung bezogen?.....	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom bis
Falls ja, von welcher Behörde?.....	
Wann, woher und aus welchem Grund hier zugezogen?	
Hat den Umzug oder die Übersiedlung hierher eine Behörde bezahlt?..	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, welche Behörde?.....	

Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertrittes.....	
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
Falls ja, Art der Bezüge, Stelle	
Bei Heim- oder Anstaltsunterbringung und –entlassung	
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 Heimes/der Anstalt.....	
c) (bei Heim- oder Anstaltsentlassung) Wo und bis wann war die hilfebedürftige Person zuletzt in einer Anstalt?	
(Bei Kindern, die in Anstalten [Entbindungsheimen] geboren wurden)	
Name des Entbindungsheimes.....	
Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in die Anstalt.....	
Wo hat sich das Kind seit der Herausnahme aus dem Heim aufgehalten (genaue Anschrift und Zeiten)?	

12. Bankverbindung: Girokonto der hilfebedürftigen Person:

Name und Sitz des Geldinstituts	
IBAN	BIC
Sofern dies nicht Ihr eigenes Konto ist: Name und Vorname des Kontoinhabers/ der Kontoinhaberin (Legitimation durch gültigen Personalausweis erforderlich)	

Erklärung der Hilfebedürftigen Person/ des Antragstellers und seines/ihrer 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 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 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 Information 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 Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

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.

Unterschrift hilfebedürftige Person/Antragsteller	Unterschrift des Aufnehmenden
---	-------------------------------

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

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

Ort, Datum

Mit _____ Anlagen an
die Stadt/das Landratsamt/den Landkreis

I.A.