|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Behörde (Stempel) | **Hinweis**  **nach § 9 Abs. 2 des Bundesdatenschutzgesetzes**  Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 ff des Sozialgesetzbuches (SGB) (Erstes Buch – Allgemeiner Teil) erhoben. | Datum |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Persönliche Verhältnisse**  **und Zugehörigkeit zu einer bestimmten Personengruppe** | **Antrag auf Sozialhilfe und Grundsicherung in Einrichtungen** | | | | | | | |
| **PZ 1** |  | **PZ 2** |  | | **PZ 3** | **** Personenziffer | |
| männlich  weiblich | | männlich  weiblich | | | männlich  weiblich | | |
| Antragsteller(in) | | **Vater** | | **bei unverheirateten Minderjährigen** | **Mutter** | | bei unverheirateten Minderjährigen |
| **Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend)**  **Lebenspartner(in) im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes**  **Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft** | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(Art der Beziehung zum HS)** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Familienname, VornameAuch Geburtsname und Namen aus früheren Ehen |  | | | |  | | | | | |  | | |
|  |  | | | |  | | | | | |  | | |
|  |  | | | |  | | | | | |  | | |
| Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Telefon |  | | | | | | | | | | | | |
| Geburtsdatum/Geburtsort |  | | | | ggf. Todestag: | | | | | | ggf. Todestag: | | |
| Familienstand |  | | | seit |  | | | | seit | |  | | seit |
| Stellung im Haushalt | Haushaltsvorstand | | | -angehöriger | Haushaltsvorstand | | | | -angehöriger | | Haushalts-  vorstand | | -angehöriger |
| Staatsangehörigkeit bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status |  | | | |  | | | | | |  | | |
| Schulabschluß, Berufsabschluß, ausgeübte Tätigkeit Falls arbeitslos, seit wann? |  | | | |  | | | | | |  | | |
| Vormund/Betreuer (siehe amtl. Bestell.-Urkunde) |  | | | |  | | | | | |  | | |
| Anschrift/Telefon |  | | | |  | | | | | |  | | |
| Schwerbehindertenausweis/Bescheid des Versorgungsamtes | Datum | | Grad der Behinderung        % | | Datum | | | Grad der Behinderung        % | | | Datum | Grad der Behinderung        % | |
|  | Antrag gestellt?  Nein  Ja | | | | Antrag gestellt?  Nein  Ja | | | | | | Antrag gestellt?  Nein  Ja | | |
| **Einkommen**  **Schlüsselzahlen:**  1.1 = Nichtselbständige Tätigkeit (Nettoerwerbseinkommen)  1.2 = Krankengeld (einschließlich Arbeitgeberzuschlag)  2 = Land- und Forstwirtschaft  3 = Gewerbebetrieb  4 = Sonstige selbständige Tätigkeit  5 = Kapitalvermögen  6 = Vermietung/Verpachtung (siehe Rentabilitätsberechnung) | | **Renten**  7.1 = Berufsunfähigkeitsrente  7.2 = Erwerbsminderungsrente  7.3 = Altersruhegeld  7.4 = Unfallrente  7.5 = Landwirtschaftl. Altersgeld  7.6 = Witwenrente  7.7 = Waisenrente  8 = Werksrente  9.1 = Sonstige Renten und Pensionen  9.2 = Kindererziehungsleistungen | | | | | **Leistungen nach dem BVG**  10.1 = Grundrente  10.2 = Sonstige (ggfs erläutern)  **Leistungen nach dem LAG**  11. 1= Unterhaltshilfe  11.2 = Pflegegeld  11.3 = Entschädigungsrente  **Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)**  12.1 = Arbeitslosengeld  12.2 = Grundsicherung (SGB II)  12.3 = Leistungen der Arbeitsför-  derung (SGB III) | | | | 13.1 = Kindergeld  13.2 = Kinderzuschlag  14 = Unterhaltsleistungen nach UVG  15 = Ausbildungs-/ Erziehungsbeihilfen  16 = Ausbildungsförderung  17 = Unterhaltsbeiträge  18 = Leistungen nach dem Blinden-  und Gehörlosengesetz  19 = Leistungen der Pflegekasse  20 = Privatrechtliche geldwerte Ansprü-  che (Wohngeld, Taschengeld, Beköstigung), Pflegegeld  21 = Leistungen Asylbewerberleistungs  gesetz  22 = Steuererstattungen  23 = Sonstige Einkünfte | | |
| **Z****utreffende Schlüsselzahlen vor den Einkommensbetrag Schreiben** |  | € | | | |  | € | | |  | € | | |
|  |  | € | | | |  | € | | |  | € | | |
|  |  | € | | | |  | € | | |  | € | | |
|  |  | € | | | |  | € | | |  | € | | |
| Arbeitgeber bzw. zahlende Stelle  Renten- bzw. Aktenzeichen und Schlüsselzahl |  | | | | |  | | | |  | | | |
| Sozialversicherungs-Nr. |  | | | | |  | | | |  | | | |

**Weitere Personen im Haushalt**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Persönliche Verhältnisse | | | | | | **PZ**  **4** | m w | | | | | | **PZ**  **5** | | m w | | | | | | **PZ**  **6** | | | m w | | |
| Familienname, VornameAuch Geburtsname und Namen aus früheren Ehen | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| Geburtsdatum, Geburtsort | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| Familienstand | | | | | |  | | | | seit | | |  | | | | | seit | | |  | | | | | seit |
| persönliche Stellung zum HS | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| Staatsangehörigkeit bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| Schulabschluß, Berufsabschluß, ausgeübte Tätigkeit | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| Falls arbeitslos, seit wann ? | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| **1. Einkommen** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zutreffende Schlüsselzahlen vor den Einkommensbetrag schreiben | | | | | |  | | € | | | | | |  | | | € | | |  | | | | | € | |
|  | | € | | | | | |  | | | € | | |  | | | | | € | |
|  | | € | | | | | |  | | | € | | |  | | | | | € | |
| Arbeitgeber bzw. zahlende Stelle, Renten- bzw. Akten-zeichen und Schlüsselzahl | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |
| **2. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge (nach § 82 SGB XII)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PZ | | Schl. | | | Betrag € | | PZ | | Schl. | | Betrag € | | | | | Schlüsselzahlen (Schl.)  Beiträge für freiwillige Versicherungen  20.1 = Hausratversicherung  20.2 = Krankenversicherung  20.3 = Rentenversicherung  20.4 = Unfallversicherung  20.5 = Sterbeversicherung  20.6 = Lebensversicherung  20.7 = Haftpflichtversicherung | | | | | | | Fahrtkosten zur Arbeitsstätte (soweit nicht erstattet)  25.1 = öff. Verkehrsmittel  25.2 = Pkw  25.3 = Kleinst-Pkw  25.4 = Motorrad  25.5 = Mofa  26. = Sonstiges | | | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | | |
| PZ | | Begründung der Notwendigkeit, insbesondere bei Schl. 25.2 und 25.3  (Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (nach § 90 SGB XII**) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PZ | Schl. | | Art und Wert | | | | | | | | | | | | | | | | **Schlüsselzahlen (Schl.):**  30 = Bargeld  31 = Bank-/Sparguthaben  32 = Wertpapiere  33 = Forderungen  34 = (Kapital-)Lebensversicherung  35 = Hauseigentum  36 = Sonstiger Grundbesitz  37 = Bestattungsvorsorge  38 = Sonstiges Vermögen | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Übertragung von Vermögen: Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Eintritt der Bedürftigkeit auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?  Nein  Ja (Verhandlung aufnehmen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wenn nein, hat eine Übertragung vor mehr als 10 Jahren stattgefunden ?  Nein  Ja (Verhandlung aufnehmen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wenn ja bitte benennen: ggfls. bitte gesonderte Aufstellung beifügen** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Begünstigte/r (Name, Anschrift) | | | | | | | | | | | | Art der Zuwendung (Was wurde übergeben?) | | | | | | | | | | Höhe/Wert der Zuwendung | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | € | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | € | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. Kosten der Unterkunft (bei Haus- und Wohnungseigentum siehe Rentabilitätsberechnung)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kaltmiete € | | | | | Nebenkosten € (soweit nicht in der Miete enthalten) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Kosten** der Unterkunft monatlich | | | |
|  | | | | |  | | | | | ⇦ | | z.B. Flurbeleuchtung, Fahrstuhl, Wassergeld, Treppenhausreinigung | | | | | | | | | **Nachweise vorlegen!** | | | | € | | | |
| Heizungsart | | | | | Energieart | | | | | | Darin Kochfeuerung enthalten? | | | | | | | | | | | | | | **Wohngeld** bewilligt bis | | | |
| Zentral-heizung | | Einzelöfen | | | Kohle | | | Öl | Gas | | Nacht-strom | | | Haushaltsstrom | | Fern-wärme | | | | Nein  Ja | | | | |  | | | |
| Heizungspauschale  (soweit nicht in der Miete untrennbar bzw. in den Haushaltslasten enthalten) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | monatlich | | | |
| monatlich € | | | | ohne Warmwasserbereitung | | | | | | | | | mit Warmwasserbereitung | | | | | | | | | | | | € | | | |
| Wohnungsgröße  Gesamt-qm | | | | Anzahl der Räume | | | davon untervermietet | | | | | | leer | | Räume | | möbliert | | | | | | | Räume | Härteausgleich bewilligt bis | | | |
| Vermieter (Name und Anschrift) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | monatlich | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | € | | | |
| Einnahmen aus Untervermietung | | | |
| € | | | |
| 5. Aufenthalte in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name und Anschrift der Einrichtung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Heimpflegekosten € | | | | | | | tägl. | | monatl. |
| 6. Ansprüche (soweit sie nicht bereits als Einkommen unter Ziffer 1 enthalten sind) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 Rentenversicherung  61 Krankenversicherung  62 Pflegeversicherung  63 Unfallversicherung  64 Lebens- und Sterbeversicherung  65 Leistungen der Grundsicherung  für Arbeitssuchende (SGB II)  66 Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III) | | | | | | 67 Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)  (z.B. Leistungen der Kriegsopferfürsorge, Leistungen für Impfgeschädigte, für Opfer von Gewalttaten)  68 Ansprüche auf Sachleistungen  (z.B. Altenteil, Wohnung, Beköstigung, Pflege, Deputate) | | | | | | | | | | | | 69 Sonstige Ansprüche  (z.B. Kindergeld, Unterhaltsvorschuss, Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Erbansprüche, Schadensersatzansprüche, Versorgungs-/Zugewinn­ausgleich, Beihilfeanspruch, Lohnforderung, Unterhaltssicherung, Lastenausgleichsleistungen, Entschädigungsrente, Häftlingshilfe) | | | | | | | | | | |
| PZ | Schl. | | Versicherungs- oder Leistungsträger usw. (genaue Anschrift) Renten- oder Aktenzeichen | | | | | | | | | | | | Bemerkungen z.B. Art des Anspruchs, Versicherungssumme, Fälligkeitstag | | | | | | | | | | | | Leistungen beantragt am | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
| PZ | Antrag Schl. | | Abgelehnt am | | | Falls Widerspruch/KlageDatum, GeschZ | | | | | | | | | PZ | | | Antrag Schl. | | | | Abgelehnt am | | | Falls Wiederspruch/KlageDatum, GeschZ | | | |
| 7. Angehörige Hilfesuchender außerhalb der Haushaltsgemeinschaft | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sind getrennt lebende/geschiedene Ehegatten, leibliche Kinder und/oder Elternteile vorhanden** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ja 🡺 Bitte beigefügtes Datenblatt ausfüllen** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Nein** | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8. Bei nichtehelich Geborenen** | | | | | | | | | | | | | | |
| PZ | Name und Anschrift des Vaters | | Anerkennung der Vaterschaft  anerkannt vor/festgestellt durch/am | | | | Bei der Unterhaltsbeistandschaft:  Wo? | | | Höhe des festgesetzten Unterhaltsbeitrages | | | | |
|  |  | |  | | | |  | | | Monatl. € | | | | ab |
|  |  | |  | | | |  | | |  | | | |  |
| **9. Aufenthaltsverhältnisse des Hilfesuchenden** | | | | | | | | | | | | | | |
| Zugezogen am | | | | | von | | | Grund | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | | | |
| Wurde bereits Sozialhilfe geleistet? | | | | | | | | | | | | | | |
| Nein  Ja, vom Sozialamt in | | | | | | | | bis | | | | | | |
| Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor der Beantragung der Hilfe (ggf. Anstaltsaufnahme) | | | | | | | | | | | | | | |
| von – bis | | | | in (Zeiten, Orte ggf. mit Kreiszugehörigkeit, Anstalten usw. lückenlos angeben) | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |
| Kostenträger des letzten Aufenthaltes | | | | | | Falls bereits aus der Anstalt entlasssen, Tag der Entlassung | | | ⇨ | | |  | | |
| **10. Bei Übertritt eines außerhalb des Geltungsbereiches des SGB XII geborenen Hilfesuchenden aus dem Ausland und Hilfebedürftigkeit innerhalb eines Monats nach dem Übertritt** | | | | | | | | | | | | | | |
| Tag und Ort des Übertritts | | Familienmitglied (Ehegatte, Verwandte, Verschwägerte) welches im Geltungsbereich des SGB XII geboren ist und mit dem der/dem Hilfesuchenden bei Eintritt des Bedarfs an Sozialhilfe zusammenlebt:  Name, Vorname, Geburtstag und –ort, personenstandsrechtl. Verhältnis zum Hilfesuchenden | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |
| **11. Durch Kriegsereignisse gefallene oder vermisste sowie an Kriegsleiden verstorbene Angehörige** | | | | | | | | | | | | | | |
| Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis, letzter Familienstand | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Antragsbegründung und besondere finanzielle Belastungen (ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | ⇦ | | Bankverbindung  IBAN  Geldinstitut | |

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfegewährenden Stelle zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dafür ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir – jedoch nicht von meinen Erben – bis zum 5. eines jeden Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I – SGB I -). Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – StGB -) und zu unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit – z.B. Krankenhausaufenthalte -), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§66 SGB I).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | Aufgenommen durch: |
|  |  |  |  |  |
| ⇧Hilfesuchender oder sein gesetzlicher Vertreter | | ⇧ Ehegatte | |  |

Name des Hilfesuchenden:

**Anlage zum Antrag auf Sozialhilfe und Grundsicherung in Einrichtungen**

Angehörige **außerhalb** der Haushaltsgemeinschaft

leibliche Kinder/Adoptivkinder, Eltern, geschiedende oder getrennt lebende Ehegatten/Lebenspartner

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Familienname, Vorname** | **Geb.-Datum** | **Verwandtschaftsverhältnis** | **Anschrift** | **Beruf bzw.**  **derzeit ausgeübte berufliche**  **Tätigkeit** |
| z. B. Kind, geschiedener Ehegatte |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit aller aufgeführten Angaben.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort, Datum** | **Unterschrift Antragsteller/in / Bevollmächtigte/r** |
|  |  |