

I. Grundantrag

Art der beantragten Hilfe/n:

- Hilfe zum Lebensunterhalt (Kapitel III SGB XII)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Kapitel IV SGB XII)
- Hilfen zur Gesundheit (Kapitel V SGB XII)
- Hilfe zur Pflege (Kapitel VII SGB XII)
- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (Kapitel VIII SGB XII)
- Hilfe in anderen Lebenslagen (Kapitel IX SGB XII)

Antragsteller/in

Name, Vorname	Geburtsdatum	
Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
	<input type="checkbox"/> Miete <input type="checkbox"/> Wohnrecht <input type="checkbox"/> Eigentum	
Telefon (bei Rückfragen)	Wohnen/ wohnten Sie zur Miete oder in Eigentum oder besitzen/besaßen Sie ein Wohnrecht?	

Familienstand

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet seit
<input type="checkbox"/> getrennt lebend seit		<input type="checkbox"/> geschieden seit
		Scheidungsurteil vom

weitere Personen im Haushalt (Ehegatte(in)/Lebenspartner(in) und ggfls. betreutes Kind)

Pers	Name, Vorname	Geburtsdatum	Pers	Name, Vorname	Geburtsdatum
1			2		

Betreuer/bevollmächtigte Person des Antragstellers

Name , Vorname	
Adresse	
Telefon	

Angaben zur Kranken/- und Pflegeversicherung

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?	
Krankenversicherungsnummer	
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> nicht versichert
Sollten Sie freiwillig oder privat versichert sein, bitte Steueridentifikationsnummer angeben.	
Wurde bereits ein Pflegegrad (PG) festgestellt?	<input type="checkbox"/> kein PG <input type="checkbox"/> PG 1 <input type="checkbox"/> PG 2 <input type="checkbox"/> PG 3 <input type="checkbox"/> PG 4 <input type="checkbox"/> PG 5

Ausländische Staatsangehörigkeit

Liegt eine ausländische Staatsangehörigkeit vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Art der Aufenthaltsgenehmigung	<input type="checkbox"/> befristet	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> dauerhaft	
Herkunftsland		
Seit wann leben Sie in Deutschland?		

Schwerbehinderung

Liegt ein Schwerbehindertenausweis für folgende Personen vor?	
Antragsteller(in)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <ul style="list-style-type: none"> • Datum: • Grad der Behinderung: • Merkmal(e):
Ehegatte(in)/Lebensgefährte(in)/Lebenspartner(in)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <ul style="list-style-type: none"> • Datum: • Grad der Behinderung: • Merkmal(e):
Sonstige Person im Haushalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <ul style="list-style-type: none"> • Datum: • Grad der Behinderung: • Merkmal(e):

Kriegsopferfürsorge

Sind Angehörige durch Kriegereignisse gefallen, vermisst bzw. verstorben oder in Ausübung des Wehr-/Zivildienstes, durch Gewalttaten, durch Impfschäden geschädigt bzw. verstorben?

Sind Angehörige von rechtsstaatswidrigen Entscheidungen der ehemaligen DDR betroffen?

Nein Ja

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	letzter Familienstand

II. Einkommen

- Erklärung über Einkünfte und sonstige Ansprüche -

Ich/Wir, _____, verfüge(n) über folgendes Einkommen*:

	<u>Antragsteller(in)</u>		<u>Ehegatte(in)</u>	
	nein	ja	nein	ja
Altersrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
Witwer-/Witwenrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
Beamtenbezüge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
Erwerbsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
Versorgungs- und Zusatzrenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
Werks – und Betriebsrenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
Zinsen, Kapitalerträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
Miet- und Pachteinnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
Unterhaltszahlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
Leistungen aus Verträgen (z.B. Leibrenten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €
Sonstiges Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ €

Darüber hinaus besteht Anspruch auf folgende Leistungen:

Blindengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
Blindenhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
Leistungen der Kriegsopferfürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
Wohngeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
Grundsicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
andere Sozialleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
Beihilfe nach beamtenrechtl. Vorschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €
Sonstige Ansprüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €

* Sofern es sich nicht um monatliche Zahlungen handeln sollte, geben Sie dies bitte an!

III. Belastungen

Zur Bestreitung des Lebensunterhaltes fallen folgende Belastungen an:

☞ Bitte geben Sie unter Zahlweise an, ob die Beiträge monatlich (m), vierteljährlich (v), jährlich (j) gezahlt werden.

Belastungen <i>(Bitte den jeweils zu zahlenden Beitrag angeben)</i>	Vorhanden	Zahl - weise	Antragsteller	Ehegatte
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€	€
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€	€
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€	€
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€	€
Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€	€
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€	€
Berufsunfähigkeitsversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€	€
Staatliche geförderte Altersvorsorge (Riesterrente)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€	€

freiwillige Kranken-/Pflegeversicherung (keine Zusatzversicherung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€	€
PKW-Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€	€
Beiträge für Berufsverbände	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€	€
Unterhaltsverpflichtungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€	€
Rechtsschutzversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€	€
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€	€
Aufwendungen für Arbeitsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€	€
Fahrtkosten zur Arbeitsstelle <ul style="list-style-type: none"> • mit öffentlichen Verkehrsmitteln • mit PKW/Motorrad/Mofa Entfernung zur Arbeitsstätte (einfache Strecke): _____ km	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		€	€
Darlehen (Verwendungszweck _____)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€	€

Kosten der Unterkunft und Heizung (bei Bewohnen einer Mietwohnung)

nein ja

€	€	€	€
Kaltmiete	Nebenkosten	Heizkosten	Kosten der Unterkunft insg.
Vermieter (Name, Anschrift)			
Mieter der Wohnung			
Zahl der Personen im Haushalt			
Wohngeld (Mietzuschuss)	bewilligt bis:		monatl. Betrag: €

IV. Vermögen

Vermögen des/der _____

(Name, Vorname)

Welches Vermögen haben der/die Hilfesuchende und die mit ihm/ihr in Haushaltsgemeinschaft lebenden Angehörigen?

☞ Tragen Sie in das Feld [] ein, ob es sich hierbei um die/den Antragsteller(in) **(A)** oder die/den Ehegatten(in) **(B)** handelt!

☞ Es ist das gesamte Vermögen im In- und Ausland anzugeben!

Bargeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____ €		
Girokonto	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Kontonummer, Institut, Kontostand am _____	
			<input type="checkbox"/> ja, Person []	
			[]	
			<input type="checkbox"/> ja, Person []	
			[]	
			<input type="checkbox"/> ja, Person []	
Sparbuch	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Person []	Kontonummer, Institut, Kontostand am _____	
			[]	
			<input type="checkbox"/> ja, Person []	
			[]	
			<input type="checkbox"/> ja, Person []	
			<input type="checkbox"/> ja, Person []	
Guthaben auf Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Person []	Vertragsnummer, Vertragsbeginn, Bausparkasse	
Forderungen aus dinglichen Rechten (Nießbrauchrecht etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Person []	Art der Forderung, Lagebezeichnung d. haftenden Grundstücks	
Fahrzeuge (z.B. PKW, LKW, Krad, Wohnwagen, Anhänger, Pferdeanhänger usw.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Person []	Typ, Baujahr, pol. Kennzeichen	Zum Verkehr zugelassen?
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			Sicherungsübereignet?	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kaution	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, _____ €		
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Person []	Vers.-Nummer, Vers.-Summe, Fälligkeit, Rückkaufswert	
			<input type="checkbox"/> ja, Person []	

Kombiversicherung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person []				
Bestattungsvorsorgevertrag <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person []	Institut, Versicherungsnummer, Versicherungssumme			
Grabpflegevertrag <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person [] <input type="checkbox"/> ja, Person []	<u>Vertragsnummer, Vertragssumme, Rückkaufwert</u>			
Sonstiges Bundesschatzbriefe, Festgeldkonten, Sparverträge/-Briefe, staatlich geförderte Altersvorsorge ("Riesterrente"), Anlagen nach dem Vermögensbildungsgesetz, Wertpapiere (Aktien, Pfandbriefe, Anleihen), Immobilienfonds, Investmentfonds, Aktienfonds <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person []	Art der Papiere/Fonds, verwaltendes Institut, Depotnummer, Wert			
Grundvermögen (bebaut, unbebaut) im Inland: <input type="checkbox"/> ja, Person [] und im Ausland: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person []	Lage, Größe, Nutzung, Bebauung, Verkehrswert, Einheitswert			
A) sonstiges Vermögen <input type="checkbox"/> nein - Anteile bei Wohnungs-/Siedlungsgenossenschaft <input type="checkbox"/> ja - Anteile bei Banken <input type="checkbox"/> ja	Anzahl	Einzelwert	Gesamtwert	Anteile gekündigt zum
B) Erbe <input type="checkbox"/> nein - Zugewinnausgleich <input type="checkbox"/> ja, Person [] - Erbaugleichansprüche <input type="checkbox"/> ja, Person [] - Pflichtteilsansprüche <input type="checkbox"/> ja, Person [] - Pflichtteilsergänzungsansprüche <input type="checkbox"/> ja, Person []	Art, Wert			

--	--

Wurde **in den letzten 10 Jahren** ein Vermögenswert (z.B. Grundstück, Kraftfahrzeug, Bargeld, Bank-/Sparguthaben) **auf einen Dritten übertragen oder verschenkt?**

nein ja, _____
Art des Vermögens, Empfänger, Zeitpunkt, Umfang

Wenn nein, hat eine Übertragung/Schenkung **vor mehr als 10 Jahren** stattgefunden?

nein ja, _____
Art des Vermögens, Empfänger, Zeitpunkt, Umfang

Wurde jemals auf die Geltendmachung einer dinglich gesicherten Forderung verzichtet (Wohnungsrecht, Nießbrauch etc.) oder wurde sie auf einen Dritten übertragen?

nein ja, _____
Art des Vermögens, Empfänger, Zeitpunkt, Umfang

<p>Sachvermögen (z.B. wertvolle Teppiche, Stilmöbel, Gemälde, HiFi- oder Videoanlage, Sammlungen, wertvoller Schmuck, Waffen, Computer)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Person []</p>	<p>Art, Wert</p> <hr/> <p>Eigentumsvorbehalt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Anhängige Verfahren</p> <p>a) zum Zugewinnausgleich?</p> <p>b) zu einer Erbauseinandersetzung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>

Wasserjahresabrechnung	
Schornsteinfeger	

VI. Unterhaltspflichtige Personen

- Erfassung der Unterhaltspflichtigen -

Bitte tragen Sie hier alle leiblichen Kinder, Adoptivkinder, Eltern, geschiedenen Ehegatten und getrennt lebende Ehegatten des Antragstellers - unabhängig einer tatsächlichen Unterhaltszahlung oder Unterhaltspflicht - ein.

Sind oben genannte Unterhaltspflichtige vorhanden? nein ja

1.		2.		3.	
Name, Vorname		Name, Vorname		Name, Vorname	
geb. am	Familienstand	geb. am	Familienstand	geb. am	Familienstand
Verwandtschaftsverhältnis		Verwandtschaftsverhältnis		Verwandtschaftsverhältnis	
PLZ, Ort		PLZ, Ort		PLZ, Ort	
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer	

4.		5.		6.	
Name, Vorname		Name, Vorname		Name, Vorname	
geb. am	Familienstand	geb. am	Familienstand	geb. am	Familienstand
Verwandtschaftsverhältnis		Verwandtschaftsverhältnis		Verwandtschaftsverhältnis	
PLZ, Ort		PLZ, Ort		PLZ, Ort	

Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
--------------------	--------------------	--------------------

Datenschutz und Mitwirkungspflichten

Wer Sozialhilfe beantragt oder erhält, hat nach §§ 60 ff Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) alle für die Leistung erheblichen Tatsachen anzugeben und der Erteilung von Auskünften Dritter zuzustimmen (z.B. Behörden, Ärzte, Krankenhäuser, Banken), wenn die notwendigen Daten nicht selbst beigebracht werden können. Alle Änderungen in den für die Leistung erheblichen Verhältnissen sind unverzüglich dem Sozialhilfeträger unaufgefordert mitzuteilen, insbesondere

- Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Schul- oder Berufsausbildung oder eines Studiums
- Beantragung und Bewilligung von Renten, Wohngeld (Miet-/Lastenzuschuss), Kindergeld, Leistungen des Arbeitsamtes, Unterhaltsvorschussleistungen, anderer Sozialleistungen
- Erhalt von jeglichem Einkommen oder Vermögen
- Änderungen der Höhe laufender Einkünfte und ihren Wegfall
- Änderungen von Grundmiete und Nebenkosten sowie Wohnungswechsel
- Ein- und Auszug von Personen sowie vorübergehende Abwesenheitszeiten von Personen im Haushalt
- Beendigung des Schulbesuches oder einer Ausbildung von Kindern
- Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung, z. B. durch Kündigung des Arbeitsplatzes, Scheidung, Sperrzeiten, etc.
- Krankenhausaufnahmen und Kurantritte
- Mehrtägige Reisen

Beweismittel sind auf Verlangen vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen. Wird diesen Pflichten nicht nachgekommen und sind die Verhältnisse ungeklärt, kann die Hilfe gem. § 66 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) versagt oder entzogen werden.

Auf die Rechtsvorschriften des Sozial- und des Strafgesetzbuches wird hingewiesen.

Der Sozialhilfeträger erhebt zur Bestimmung der Form der Sozialhilfe und deren detaillierter Ausgestaltung sowie zur Bemessung der Sozialhilfeleistung persönliche und wirtschaftliche Daten. Der Umfang dieser Daten ergibt sich in der Regel aus dem Sozialhilfeantrag. Es kann aber die Notwendigkeit bestehen, darüber hinausgehende Daten zu ermitteln, wenn die Ausgestaltung der Hilfe dies erfordert.

Grundsätzlich hat jede Person das Recht, ihre eigenen Daten selbst dem Sozialhilfeträger mitzuteilen. Sollen andere Personen dies tun, ist für einen vertretenen Volljährigen eine Vollmacht notwendig; bei minderjährigen Kindern ist der gesetzliche Vertreter berechtigt. Kinder ab Vollendung des 15. Lebensjahres haben ein eigenes Antragsrecht (§ 36 SGB I).

Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten vom Sozialhilfeträger nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Die Einzelheiten zum Schutz der Sozialdaten sind in den §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X), u.a. § 67 a „Datenerhebung“, § 67 b „Zulässigkeit der Datenverarbeitung und Nutzung“, sowie in § 35 SGB I „Sozialgeheimnis“ geregelt. Die Daten werden maschinell verarbeitet und gespeichert.

Nach § 118 SGB XII können die dort bestimmten Daten regelmäßig mit den Daten anderer Sozialhilfeträger und anderer Sozialleistungsträger, den Arbeitsämtern, den gesetzlichen Trägern der Unfall-, Renten- oder Krankenversicherung, dem Bundesamt für Finanzen, aber auch den kommunalen Dienststellen (z.B. Einwohnermeldeamt, Straßenverkehrsamt, Liegenschaftsamt) abgeglichen werden. Hierzu dürfen Name, Vorname (Rufname), Geburtsdatum, Geburtsort, Nationalität, Geschlecht, Anschrift und Versicherungsnummer der Empfänger von Sozialhilfeleistungen der zentralen Auskunftsstelle übermittelt werden. Weitere Dienststellen werden bei Bedarf gutachterlich beteiligt, wie z.B. das Schulamt, das Gesundheitsamt, die kommunale Bewertungsstelle beim Gutachterausschuss. Dies soll helfen, rechtmäßige und sachgerechte Hilfen zur Verfügung zu stellen und den Missbrauch von Sozialhilfe zu vermeiden. Sind ärztliche Unterlagen erforderlich, wird eine gesonderte widerrufbare Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht von Ihnen angefordert.

Weitere Informationen zu den Themen „Datenschutz“ und „Mitwirkungspflichten“ können Sie in Ihrem Sozialamt erhalten.

Erklärung
der antragstellenden Person

Bescheide in Angelegenheiten der Sozialhilfe sollen an die nachstehende Person gesandt werden:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben sowie die Angaben in den Anlagen vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass ggf. der Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag unmittelbar an die Krankenkasse/Pflegekasse überwiesen wird.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass auch weitere Sozialhilfeleistungen ggfls. unmittelbar an Dritte überwiesen werden.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistungen maßgebend sind - insbesondere in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte, Kuren, Wohnungswechsel usw. - unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialamt mitzuteilen.

Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Angaben möglicherweise strafbar mache und dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgefordert werden und zu erstatten sind.

Ort, Datum

Unterschrift (Antragsteller(in)/Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r))

Ort, Datum

Unterschrift (Ehegatte(in))