



Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII

(Sozialhilfe-Grundantrag)

Antragsdatum: _____

Bekanntgabe am: _____

Aktenzeichen: _____

Ich Wir beantrage/n: Hilfe zum Lebensunterhalt

Die Leistungen werden benötigt ab dem: _____ (Datum, nur bei Anträgen auf laufende Geldleistungen)

1. Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personenkreisen						
	01 Hilfesuchender (HS) <input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Alleinstehend	02 <input type="checkbox"/> nicht getr. lebend. Ehegatte <input type="checkbox"/> eingetragener Lebenspartner <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin <input type="checkbox"/> Vater (bei unverheiratetem minderjährigen Kind)	03 <input type="checkbox"/> Mutter (bei unverheiratetem minderjährigen Kind)			
Name						
Vorname						
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers			
geb./verw./geschiedene						
Geburtsdatum						
Geburtsort						
Familienstand						
Staatsangehörigkeit						
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)						
Telefon						
Vertriebenenausweis						
Sozialvers.-Ausweis Nr.						
erlernter Beruf z. Z. bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit						
letzter Arbeitgeber: (bei Schülern Ausbildungsstätte)						
Betreuer/in	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Name, Vorname Anschrift Aufgabenkreis/e Vormundschaftsgericht/ Geschäftszeichen						
Schwerbehindertenausweis?	vom: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt MdE v. H.	vom: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt MdE v. H.	vom: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt MdE v. H.			
2. Angehörige und sonstige Personen im Haushalt des Hilfesuchenden (HS) bzw. des Haushaltsvorstandes (HV)						
Nr.	Name, Vorname	geb. am	Stellung zum HS/HV	Fam.-Stand	Geschlecht	erwerbstätig
04					<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
05					<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
06					<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
07					<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
08					<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
09					<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10					<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.1 Minderjährige Kinder außerhalb des Haushalts <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
	Name, Vorname	geb. am	Geburtsort	Anschrift		

3. Unterhaltsansprüche (hier sind getrennt lebender oder geschiedener Ehegatte sowie Kinder und Eltern anzugeben)					
	Name, Vorname	Geb.-Datum	Stellung zum HS		Anschrift
			Pers.	Verhältnis	
3.1 Zusatzangaben zum getrennt lebenden o. geschiedenen Ehegatten (Nachweise sind vorzulegen: Urteile, Schriftverkehr etc.)					
<p>getrennt lebend seit: _____ Eheschließung am: _____</p> <p><input type="checkbox"/> mit der Unterhaltsangelegenheit beauftragter Anwalt</p> <p><input type="checkbox"/> ein Anwalt wurde nicht mit der Angelegenheit betraut, weil</p> <p><input type="checkbox"/> einstweilige Anordnung wurde beantragt am _____</p> <p>geschieden durch Urteil des _____ vom _____ rechtskräftig seit _____ Geschäftsz.: _____</p> <p>Begründung des Unterhaltsanspruchs</p> <p><input type="checkbox"/> Unterhaltsurteil <input type="checkbox"/> Unterhaltsverzicht vom _____</p>					
3.2 Wurden Ansprüche nach § 1615I BGB gegenüber dem anderen Elternteil geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Unterhaltsanspruch von Mutter oder Vater gegen den anderen Elternteil aus Anlass der Geburt eines Kindes)					
4. Aufenthaltsverhältnisse im letzten Jahr (§ 106 ff. SGB XII beachten!)					
	vom bis	vollständige Anschrift		Grund des Wechsels	Wurde am letzten Wohnort Sozialhilfe bezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zuletzt zuständiges Sozialamt (Bezeichnung, Anschrift):
4.1 Aufenthaltsverhältnisse bei vollstationärer Unterbringung (§ 106 SGB XII)					
	von	bis	Name der stationären Einrichtung		
5. Grenzübertritt aus dem Ausland (§§ 23 und 108 SGB XII beachten!)					
Nur für Person/en mit ausländischer Staatsangehörigkeit: Zweck des Aufenthalts: <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Selbständige Beschäftigung <input type="checkbox"/> Arbeitssuche <input type="checkbox"/> Familienangehörige/r <input type="checkbox"/> Wirtschaftliche Gründe <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Empfänger/in oder Erbringer/in von Dienstleistungen <input type="checkbox"/> Daueraufenthaltsrecht <input type="checkbox"/> Asyl <input type="checkbox"/> Sonstiger Zweck: Freizügigkeitsberechtigt (FreizügG EU)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sonstige Anmerkungen, Erläuterungen : _____				Deutsche und ausländische Person/en: Tag der Einreise: Einreise aus (Land): _____ Personenkreis gem. § 108 Abs. 5 SGB XII? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ist ein Familienmitglied bereits früher aus dem Ausland gekommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name, Vorname: Anschrift: _____	
6. Weitere Angaben zu Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit					
	Person	Staatsangehörigkeit	ausländerrechtlicher Status	Art des Aufenthaltstitels	

7.	Wohnverhältnisse		
	<input type="checkbox"/> Haus/Wohneigentum (bitte Erklärungsbogen zu Haus- und Grundeigentum beifügen) <input type="checkbox"/> Mietwohnung (bitte aktuelle Mitbescheinigung und Mietvertrag beifügen) <input type="checkbox"/> mietfreies Wohnen (§ 39 SGB XII, Grund, z.B. eingetragenes Wohnrecht etc.: _____) <input type="checkbox"/> Öffentlich-rechtliche Nutzungsberechtigung über _____ m ² Wohnfläche (siehe Gebührenbescheid) Mieter der Wohnung: <input type="checkbox"/> Antragsteller/in <input type="checkbox"/> Wohnungsgröße: _____ Räume _____ m ² _____ € Gesamtmiete ohne Heizung Untervermietung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (siehe Untervermietervertrag) _____ € Einnahmen aus Untervermietung Mit dem Vermieter verwandt oder verschwägert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (= _____) Wohngeld/Lastenzuschuss bewilligt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ € bis zum _____ Vergünstigungen der Schwerbehinderung ausgeschöpft? <input type="checkbox"/> nein (ggf. veranlassen) <input type="checkbox"/> ja Heizungsart: _____; Warmwasseraufbereitung: _____; Kochenergie: _____ <input type="checkbox"/> Ambulant Betreutes Wohnen (finanziert über die Behindertenhilfe des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe) Bestehen Mietschulden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in Höhe von _____ € für Zeitraum _____ Ist der Vertrag gekündigt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von wem? _____ Ist Räumungsklage erhoben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Klagezustellung war am _____ Ist Räumungstermin festgesetzt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja zum _____ Wurde die Miete des lfd. Monats gezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ich bin mit der Abzweigung an den Vermieter einverstanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil (Begründung): _____ Bankverbindung des Vermieters: IBAN: _____ BIC: _____		
8.	Ansprüche gegen Dritte		
8.1	Ansprüche aus der Rentenversicherung		
	Bestehen evtl. Ansprüche aus 1. eigenen Versicherungszeiten? (Altersrente, Erwerbsminderungsrente, sonstige Rente) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 2. Versicherung des Ehegatten/der Eltern? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Werden oder wurden freiwillige Einzahlungen in die gesetzliche Rentenversicherung geleistet (z.B. freiwillige Beiträge, Nachzahlungen, Höherversicherungsbeiträge)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
8.2	Ansprüche aus der Krankenversicherung		
	<input type="checkbox"/> Versichert. Krankenversicherung besteht wie folgt:		
	Pers.	versichert bei	wie (z. B. Familienvers., freiwillig o. ä.)?
			bis
	Besteht zusätzlicher Versicherungsschutz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar Besteht Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Bestimmungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Nicht versichert: Person: _____ Grund: _____ Zuletzt Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse gewesen bis _____ . Letzte Krankenkasse: _____ . Falls nicht versichert oder freiwillig versichert: Krankenkasse der Eltern: _____ Falls kein Schwerbehindertenausweis ausgestellt ist (vgl. Nr. 1): Liegt mutmaßlich eine Schwerbehinderung vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

8.3 Ansprüche nach dem SGB II oder dem SGB III					
Pers	arbeitslos / arbeitssuchend gemeldet		ja	nein	dazu aufgefordert
Bestehen evtl. Ansprüche auf Leistungen nach SGB III? (Alg I / Alg II / UHG / BAB / InsG)					
Pers	ja	Art	nein	Grund	
8.4 Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (falls mit ja geantwortet wird, Abgabe an die KOF-Stelle)					
Kriegsbeschädigung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pers. _____ MdE _____ v. H.					
Sind Ehegatte oder Kinder im Krieg gefallen oder an Schädigungsfolgen gestorben? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich _____					
Sonstige Berechtigte _____ MdE _____ v. H.					
8.5 Sonstige Ansprüche (z. B. aus Vertrag, Unfall, Versorgungsausgleich)					
8.6 Bedarfsdeckung durch Haushaltsangehörige (nur bei Anträgen auf Hilfe zum Lebensunterhalt)					
<input type="checkbox"/> Entfällt, da <u>keine</u> Hilfe zum Lebensunterhalt beantragt wird. (Weiter bei Nr. 9)					
Gibt es Haushaltsangehörige (siehe Nr. 2), die selbst <u>nicht</u> bedürftig sind, also unabhängig von Sozialhilfe ihren Lebensunterhalt bestreiten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Falls ja, bitte Personen-Nummer/n hier angeben (siehe Aufstellung unter Nr. 2 des Antrages): Pers. Nr. _____					
Hinweis: Trifft dies zu, so wird stets gesetzlich vermutet, dass alle Haushaltsangehörigen gemeinsam wirtschaften und dass der/den um Sozialhilfe nachfragende/n Person/en von dem/den nicht bedürftigen Haushaltsangehörigen Leistungen zum Lebensunterhalt gewährt werden (z.B. freie Unterkunft, Beköstigung, Kleidung, evtl. Geldleistungen usw.), soweit dies unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten erwartet werden kann (§ 39 SGB XII). Wird diese so genannte „Vermutung der Bedarfsdeckung“ aufgestellt, gilt sie, solange und soweit sie nicht glaubhaft widerlegt worden ist.					
Bitte beantworten Sie in dem Zusammenhang folgende Fragen:					
Findet in Ihrem Haushalt ein gemeinsames Wirtschaften im vorstehend beschriebenen Sinne statt?					
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Falls nein, beschreiben Sie bitte, wie sich die Haushaltssituation tatsächlich darstellt:					
Erhalten Sie oder andere Personen, für die hier Hilfe beantragt wird, von nichtbedürftigen Haushaltsangehörigen Leistungen zum Lebensunterhalt in dem vorstehend beschriebenen Sinne (Sachleistungen oder Geldleistungen)?					
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Erläuterungen:					
Für weitere Erläuterungen können Sie ggf. auch die Antragsbegründung nutzen.					

9.	Einkommen (Bitte entsprechende Nachweise / Belege beifügen)					
9.1	Der/Die Hilfesuchende/n verfügen über folgendes Einkommen:					
	1.	Nettoerwerbseinkommen aus nichtselbst. Tätigkeit	13.3	Entschädigungsrente		
	2.	Nebeneinkünfte	14.	Leistungen nach dem SGB III		
	3.	Steuererstattung	14.1	Arbeitslosengeld		
	4.	Weihnachtsgeld	14.2	Arbeitslosengeld II		
	5.	Urlaubsgeld	14.3	Berufsausbildungsbeihilfe (BAB)		
	6.	Land- und Forstwirtschaft	14.4	sonstiges		
	7.	Gewerbebetrieb	15.	Leistungen der Krankenkasse / Pflegekasse		
	8.	Kapitalvermögen	15.1	Krankengeld		
	9.	Vermietung/Verpachtung <i>(siehe Rentabilitätsberechnung)</i>	15.2	Übergangsgeld		
	10.	Einkommen aus selbständiger Tätigkeit	15.3	Pflegegeld SGB XI		
	11.	Renten	15.4			
	11.1	Erwerbsminderungsrente auf Zeit	16.	Leistungen aufgrund Übertragsvertrag <i>(siehe entsprechender Vertrag)</i>		
	11.2	Erwerbsminderungsrente unbefristet	17.	Freiwillige Zuwendungen von Dritten		
	11.3	Altersrente	18.	Unterhaltsbeiträge nach BGB		
	11.4	Unfallrente	19.	Sachbezüge		
	11.5	Witwerrente	20.	Leistungen nach dem BAföG		
	11.6	Witwenrente	21.	Leistungen nach dem UBG-NW		
	11.7	Waisenrente	22.	Leistungen nach dem UVG		
	11.8	Kinderzuschuss/-zulage zu 11.1 – 11.4	23.	Leistungen nach dem USG		
	11.9	Pflegegeld zu 11.4	24.	Kindergeld		
	11.10	Betriebsrente / Zusatzrente	25.	Kinderzuschlag		
	11.11	Ausländische Rente	26.	Elterngeld		
	11.12	sonstige Renten/Pensionen	27.	sonstige Einkommen		
	12.	Leistungen nach d. Bundesversorgungsgesetz		_____		
	12.1	Grundrente		_____		
	12.2	sonstige <i>(ggf. erläutern)</i>		_____		
	13.	Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz	28.	Hilfe für hochgradig Sehschwache		
	13.1	Unterhaltshilfe	29.	Landesblindengeld		
	13.2	Pflegegeld	30..	Pflegegeld nach dem SGB XII		
	Person	Einkommen lt. o. a. Ziffer	Zahlstelle	Betrag	Einkommen lt. o. a. Ziffer	Zahlstelle
				€		€
				€		€
				€		€
				€		€
				€		€
				€		€
				€		€
				€		€
9.2	<input type="checkbox"/> Der/Die Antragsteller verfügen über kein Einkommen					
9.3	Folgende Einkünfte <input type="checkbox"/> sind beantragt <input type="checkbox"/> werden beantragt					
	Person	Art und Datum			Art	

10. Bereinigung des Einkommens/Versicherungen
 (Die Belastungen sind durch Vorlage von Policen, Beitragsbescheinigungen, Rechnungen etc. zu belegen)

ja	nein		Pers.-Nr.:	Pers.-Nr.:	Pers.-Nr.:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Versicherungen Hausratversicherung			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	freiwillige Krankenversicherung			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	freiwillige Rentenversicherung			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kfz-Haftpflichtversicherung			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	private Haftpflichtversicherung			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sterbeversicherung			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unfallversicherung			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeitsmittel (werden bei Erwerbstätigen pauschal berücksichtigt und müssen daher nur angegeben werden, wenn die Pauschalbeträge überschritten werden)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehraufwand doppelte Haushaltsführung			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fahrtkosten zur Arbeitsstelle			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	öffentliche Verkehrsmittel (Fahrkarte)	km	km	km
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pkw/Mofa/Motorrad			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewerkschaftsbeitrag			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges			
Sonstige Belastungen (Vermögensprüfung)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausbildungsversicherung / Fälligkeit			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aussteuerversicherung / Fälligkeit			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kapitallebensversicherung / Fälligkeit			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risikolebensversicherung			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bausparvertrag / Fälligkeit			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Investmentsparen / Fälligkeit			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sonstige Lebensversicherung / Fälligkeit			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhaustagegeld/€/Tag			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kfz-Steuer/Betrag			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kfz-(Voll-/Teil-)Kasko			
Freibetrag für zusätzliche Altersvorsorge (§ 82 Abs. 4 SGB XII) (nur bei Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung)					
Kann ein Freibetrag gemäß § 82 Abs. 4 SGB XII für Einkommen aus zusätzlicher Altersvorsorge beansprucht werden?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> möglicherweise	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> möglicherweise	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> möglicherweise
Im Zweifel fragen Sie bitte beim Sozialamt nach. Dort berät man Sie gerne. In jedem Falle erfolgt eine abschließende Prüfung durch das Sozialamt, sofern Sie „ja“ oder „möglichlicherweise“ ankreuzen.					

11.	Vermögen der unter 1 und 2 genannten Personen (Die näheren Einzelheiten wie Vermögensinhaber, Wert, Kontostand, Kontobewegungen usw., sind jeweils zu belegen)
------------	--

Bitte beachten Sie:

In der Regel ist die „Vermögenserklärung“ (Anlage V) diesem Grundantrag beizufügen. Soweit Sie keine anderslautenden Informationen von Ihrem zuständigen Sozialamt erhalten haben, ist die Anlage V zu diesem Antrag mit einzureichen. Dann entfällt allerdings die Beantwortung der weiteren Fragen auf dieser Seite.

Kennzeichnen Sie bitte:

Die Vermögenserklärung (Anlage V) wird diesem Antrag

- beigefügt. (Bitte weiter auf Seite 8.)
 nicht beigefügt. (Bitte auch die nachstehenden Fragen beantworten.)

ja	nein	Vermögen	Personen / Erläuterungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hausbesitz in	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grundbesitz in	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haus- und/oder Grundbesitz wurde übertragen. Was, wann, an wen (Vertrag)?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sparguthaben / Festgelder / Wertpapiere	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bausparvertrag (aktueller Kontostand)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebensversicherung (Rückkaufwert) oder Sterbegeldversicherung	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Geldanlagen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erbansprüche, welche?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Forderungen, welche?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fahrzeuge (Lkw, Pkw, Motorrad, Wohnwagen, Wohnmobil etc.)? Kennzeichen, Typ, Baujahr, Verkehrswert?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zum Verkehr zugelassen?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sicherheitsübereignet (wenn ja: wem?)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mietkaution beim Vermieter hinterlegt oder auf ein Treuhandkonto eingezahlt? (Höhe?)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bestattungsvorsorgevertrag	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges Vermögen?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geldvermögen oder bewegliche Vermögensgegenstände wurden in den letzten 10 Jahren übertragen bzw. verschenkt: Was, wann, an wen?	

Bitte belegen Sie alle Angaben durch aktuelle, aussagefähige Nachweise, z.B. Kontoauszüge, Wertbestätigungen von Versicherungen, ggf. Wertgutachten, Kaufverträge oder andere geeignete Dokumente.

12.	Persönliche Situation / Lebenssachverhalt und Begründung der Antragstellung Beschreiben Sie bitte mit eigenen Worten Ihre persönliche und wirtschaftliche Situation durch Beantwortung der folgenden Fragen.
12.1	Folgende Maßnahmen wurden von den Antragstellern zur Vermeidung der Sozialhilfebedürftigkeit ergriffen: (z. B. private Unterstützung, vorrangige Sozialleistungen, Umschulung, Darlehensaufnahme etc.)
12.2	Mit einer Änderung der persönlichen/wirtschaftlichen Verhältnisse ist in absehbarer Zeit zu rechnen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte die zu erwartenden Änderungen kurz erläutern.
12.3	Ursache der Hilfebedürftigkeit (Antragsbegründung): Bei Anträgen auf Hilfe zum Lebensunterhalt bitte auch vermerken, wie in der Vergangenheit der Lebensunterhalt sichergestellt wurde und welche Selbsthilfemöglichkeiten beabsichtigt sind, um zukünftig evtl. wieder unabhängig von der Sozialhilfe zu leben.

Evtl. zu gewährende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen:

Bankinstitut

BIC

IBAN

Handelt es sich bei diesem Konto um ein Pfändungsschutzkonto?

Nein

Ja

Bitte schauen Sie den Antrag noch einmal durch, bevor Sie unterschreiben. Sind alle Fragen zutreffend beantwortet? Liegen alle notwendigen Belege vor? Beachten Sie bitte, dass fehlende oder unklare Angaben im Antrag die Bearbeitung verzögern können. Dasselbe gilt für nicht beigelegte Nachweise. Haben Sie vorab noch Fragen oder Beratungsbedarf? Wenn ja, sprechen Sie bitte die zuständigen Mitarbeiter/innen darauf an.

Erklärung:

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

Ich wurde wie folgt informiert: 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 1 - SGB I). Das Merkblatt zu den sozialhilferechtlichen Mitwirkungspflichten habe ich erhalten und gelesen. Sollten objektive Zweifel an der Richtigkeit oder Vollständigkeit meiner Angaben bestehen und sich diese nicht ausräumen lassen, hat das Sozialamt ggf. Möglichkeiten, eigene Recherchen anzustellen, beispielsweise durch ein Kontenabrufersuchen beim Bundeszentralamt für Steuern oder durch Auskunftersuchen an andere Behörden oder Stellen. Für den Fall, dass ein Kontenabrufersuchen notwendig werden sollte, erteile ich dazu hiermit die Zustimmung im Sinne von § 93 Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 Abgabenordnung (AO).

Ich habe diesen Antrag vollinhaltlich verstanden. 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 meinen Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I).

Ich wurde umfassend beraten. Weitere Fragen oder Unklarheiten bestehen derzeit nicht.

Datenverarbeitung und Datenschutz:

Für den bestmöglichen Schutz Ihrer personenbezogenen Daten hat die Gemeinde Anröchte alle denkbaren technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen. Die Gemeinde Anröchte hält sich dabei strikt an die europäische Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), die bundesgesetzlichen Regelungen zum Datenschutz (z.B. im Sozialgesetzbuch, 10. Buch) sowie die sonstigen datenschutzrelevanten Vorschriften. Alle Informationen der Gemeinde Anröchte im Sinne der Artikel 13 und 14 der DS-GVO zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Sozialhilfe finden Sie in dem Vordruck „Sozialhilfe: Hinweise zum Datenschutz“, den wir Ihnen auf www.anroechte.de in der Sammlung der Sozialhilfeformulare zum Download zur Verfügung stellen. Gerne händigen wir Ihnen dieses Informationsblatt auch persönlich aus. Mit der Unterzeichnung dieses Antrages bestätigen Sie, dass Sie die Informationen der Gemeinde Anröchte zur Erhebung und Verarbeitung persönlicher Daten im Rahmen der Sozialhilfe gelesen haben und dass Sie der Datenerhebung und -verarbeitung zustimmen.

Aufgenommen durch:

--	--	--

Antragsteller/in oder
gesetzliche/r Vertreter/in
oder Bevollmächtigte/r

Ehegatte / Partner

Hinweis: Wird der Antrag durch eine/n Betreuer/in gestellt, ist die Vorlage der Betreuerurkunde erforderlich. Bei Antragstellung durch eine/n Bevollmächtigte/n wird um Vorlage der schriftlichen Vollmacht gebeten.