

Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII
(Sozialhilfe-Grundantrag)

aufgenommen am: _____

Bekanntgabe: _____

Aktenzeichen: _____

Ich Wir beantrage/n: Hilfe zum Lebensunterhalt (HzL)

1. Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personenkreisen						
	01 <input type="checkbox"/> Hilfesuchender (HS) <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand	02 <input type="checkbox"/> nicht getr. lebend. Ehegatte <input type="checkbox"/> eingetragener Lebenspartner <input type="checkbox"/> Lebensgefährte <input type="checkbox"/> Vater (bei unverheiratetem minderjährigen Kind)	03 <input type="checkbox"/> Mutter (bei unverheiratetem minderjährigen Kind)			
Name						
Vorname						
geb./verw./geschiedene						
Geburtsdatum						
Geburtsort						
Familienstand						
Staatsangehörigkeit						
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort, Telefon)	59609 Anröchte					
Vertriebenenausweis						
Sozialvers.-AusweisNr.						
hinterlegt bei						
erlernter Beruf z. Z. bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit						
letzter Arbeitgeber: (bei Schülern Ausbildungsstätte)						
Betreuer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Anschrift(en)						
Aufgabenkreis(e)						
Vormundschaftsgericht/ Geschäftszeichen						
Schwerbehinderten- ausweis?	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	Beruf/Ausbildungsst.	Arbeitgeber
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
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 u. Eltern anzugeben)					
	Name, Vorname	Geb.-Dat.	Stellung zum HS		Anschrift
			Pers.	Verhältn.	
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 _____ Geschäftszt.: _____</p> <p>Begründung des Unterhaltsanspruches</p> <p><input type="checkbox"/> Unterhaltsurteil <input type="checkbox"/> Unterhaltsverzicht vom _____</p>					
<p>3.2 Wurden Ansprüche dem Kindesvater gegenüber geltend gemacht nach § 1615 k BGB? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>§ 1615 I BGB? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>					
4. Aufenthaltsverhältnisse im letzten Jahr (§ 106 ff. SGB XII beachten!)					
	vom bis	Straße, Hs.-Nr., Wohnort		Grund des Wechsels	<p>Wurde am letzten Wohnort Sozialhilfe bezogen?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wer hat die Umzugskosten getragen?</p>
4.1 Aufenthaltsverhältnisse bei Anstaltsunterbringung (§ 106 SGB XII)					
	von	bis	Name der Anstalt		
5. Grenzübertritt aus dem Ausland (§ 108 SGB XII beachten!)					
<p>Tag und Ort des Übertritts: _____ Personenkreis gem. § 108 Abs. 5 SGB XII? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ist ein Familienmitglied bereits früher aus dem Ausland gekommen?</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>Familienmitglied, das als ältestes in der Bundesrepublik oder im Land Berlin geboren ist</p> <p>Name und Vorname: _____ Geburtsort: _____</p>					
6. Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit sind					
	Person	Staatsangehörigkeit	ausländerrechtlicher Status	Art des Aufenthaltstitels	

7.	Wohnverhältnisse		
	<input type="checkbox"/> Haus/Wohneigentum (siehe Rentabilitätsberechnung) (Name u. Anschrift des Vermieters <input type="checkbox"/> Mietwohnung siehe Mitbescheinigung/Mietvertrag:) <input type="checkbox"/> mietfreies Wohnen (Grund z. B. § 36 SGB XII, eingetragenes Wohnrecht etc.:) <input type="checkbox"/> Nutzungsberechtigung über m ² Wohnfläche (siehe Gebührenbescheid) Mieter der Wohnung Wohnungsgröße: Räume m ² EUR Gesamtmiete ohne Heizung Untervermietung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (siehe Untervermietervertrag) EUR 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 EUR bis zum Vergünstigungen der Schwerbehinderung ausgeschöpft? <input type="checkbox"/> nein (ggf. veranlassen) <input type="checkbox"/> ja Heizungsart: ; Warmwasseraufbereitung: ; Kochenergie:		
	Bestehen Mietschulden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in Höhe von EUR 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 Vermietern einverstanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil (Begründung): Bankverbindung des Vermieters: BLZ: Kto.-Nr.		
8.	Ansprüche gegen Dritte		
8.1	Ansprüche aus der Rentenversicherung		
	Bestehen evtl. Ansprüche aus (wenn ja, Vordruck ausfüllen) 1. eigenen Versicherungszeiten (Altersrente, Erwerbsminderungsrente, Unfallrente, sonstige Rente) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 2. Versicherung des Ehegatten/der Eltern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
8.2	Ansprüche aus der Krankenversicherung		
	Nichtversichert: Person: Grund: 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		

8.3 Ansprüche nach dem SGB III						
Pers	arbeitslos / arbeitssuchend gemeldet		ja	nein	dazu aufgefordert	
Bestehen evtl. Ansprüche auf Leistungen nach SGB III? (Alg/Alg II/UHG/BAB/KauG)						
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)						

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.:
		Versicherungen Hausratversicherung			
		freiwillige Krankenversicherung			
		freiwillige Rentenversicherung			
		Kfz-Haftpflichtversicherung			
		private Haftpflichtversicherung			
		Sterbeversicherung			
		Unfallversicherung			
		Arbeitsmittel Pauschale			
		nach Einzelnachweis			
		Fahrtkosten zur Arbeitsstelle			
		öffentliche Verkehrsmittel (Fahrkarte)	km	km	km
		Pkw/Mofa/Motorrad			
		Gewerkschaftsbeitrag			
		Sonstiges			
Sonstige Belastungen (Vermögensprüfung)					
		Ausbildungsversicherung / Fälligkeit			
		Aussteuerversicherung / Fälligkeit			
		Kapitallebensversicherung / Fälligkeit			
		Risikolebensversicherung			
		Bausparvertrag / Fälligkeit			
		Investmentsparen / Fälligkeit			
		sonstige Lebensversicherung / Fälligk.			
		Krankenhaustagegeld/EUR/Tag			
		Kfz-Steuer/Betrag			
		Kfz-(Voll-/Teil-)Kasko			

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
		Hausbesitz in	
		Grundbesitz in	
		Haus- und/oder Grundbesitz wurde übertragen. Was, wann, an wen (Vertrag)	
		Sparguthaben/Betrag/Festgelder	
		Rückkaufswerte aus: - Bausparvertrag/Wert	
		- Lebensversicherung/Wert	
		sonstige Geldanlagen	
		Erbansprüche, welche?	
		Forderungen, welche?	
		(1) Lkw / (2) PKW / (3) Motorrad etc. (4) Wohnwagen / (5) Wohnmobil Kennzeichen, Typ, Baujahr	
		Zum Verkehr zugelassen ja/nein	
		Sicherheitsübereignet ja/nein, wem	
		Vermögen wurde überlassen/übertragen: Was, wann, an wen?	
		Sonstiges	

12.	Folgende Maßnahmen wurden von den unter 1 und 2 genannten Personen zur Vermeidung der Sozialhilfebedürftigkeit ergriffen: (z. B. arbeitssuchend gemeldet, Umschulung, Darlehensaufnahme etc.)
13.	Mit einer Änderung der persönlichen/wirtschaftlichen Verhältnisse ist in absehbarer Zeit zu rechnen und zwar, weil (Gründe für die Nichterwerbstätigkeit sind bei den erwerbsfähigen Personen anzugeben) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Antragsbegründung (Bei Anträgen auf HzL außerhalb von Einrichtungen bitte zusätzlich vermerken, wie in der Vergangenheit der Lebensunterhalt sichergestellt wurde und welche weiteren Selbsthilfemöglichkeiten der HS wahrnehmen wird, um zukünftig wieder unabhängig von der Sozialhilfe zu leben.)	

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

Konto

Bank

Bankleitzahl

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.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers die Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch 1 - 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 meinen Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den 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).

Die Verarbeitung der anzugebenden personenbezogenen Daten im Sinne von § 2 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz sowie künftige Änderungen dieser Daten ist mir bekannt.

Aufgenommen durch:

Hilfesuchender oder sein gesetzlicher Vertreter	Ehegatte / Partner	