

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Für

Eingangsstempel

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

wird Sozialhilfe beantragt durch Gewährung von

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung Hilfe zum Lebensunterhalt

Hilfe nach Kapitel 5, 7-9 SGB XII, und zwar in Form von:
(z.B. Hilfe bei Krankheit, Hilfe zur Pflege)

Ausgegeben am:

**Der/die Antragsteller(in),
die hilfebedürftige Person ist**

Kriegsbeschädigte(r) oder
Kriegshinterbliebene(r)

Ausländer(in), Staatenlose(r)

Vertriebene(r) oder Spätaussiedler(in)

Nähere Begründung des
Antrages, Ursache der Notlage:

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 § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. 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).

I. Persönliche Verhältnisse:

Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller(in) 1
bei Grundsicherung (GSI)

Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen
Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSI

6 Familienname
(ggf. Geburtsname angeben)

7 Vorname(n)

8 Wohnanschrift: PLZ, Ort

9 Straße, Nr.

10 Telefon (freiwillige Angabe)

11 Geburtsdatum

12 Geburtsort/Kreis

13 Familienstand

ledig verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft seit*

dauernd getrennt lebend seit* verwitwet seit*

geschieden/aufgehoben seit* Tag | Monat | Jahr
Datum*

*Datumsangaben nur bei Änderung gegenüber der letzten Erklärung

Wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils

ledig verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft seit*

dauernd getrennt lebend seit* verwitwet seit*

geschieden/aufgehoben seit* Tag | Monat | Jahr
Datum*

*Datumsangaben nur bei Änderung gegenüber der letzten Erklärung

Wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils

16 Art der Unterhaltsregelung

17 Erwerbsgemindert/
arbeitsunfähig – pflegebedürftig?

erwerbsgemindert/
arbeitsunfähig nein ja behindert nein ja pflegebedürftig nein ja Grad

erwerbsgemindert/
arbeitsunfähig nein ja behindert nein ja pflegebedürftig nein ja Grad

18 ggf. warum? (Gebrechen)

19 Schwerbehindertenausweis
ausgestellt am:

GdB

Merkzeichen

GdB

Merkzeichen

20 Betreuer/in (Kopie der Be-
stallungsurkunde beifügen)

21 Anschrift: Straße, Haus-Nr.,
PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)

22 Staatsangehörigkeit

Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status

23 a) Duldung

nein ja, gültig bis

nein ja, gültig bis

24 b) Niederlassungserlaubnis

nein ja, gültig seit

nein ja, gültig seit

25 c) Aufenthaltserlaubnis

nein ja, gültig bis

nein ja, gültig bis

26 Ausweispapiere: Art und Nummer
Ausstellungstag, Ausstellungs-
behörde

eAT

PersAusweis Pass Nr.

eAT

PersAusweis Pass Nr.

28 bei Spätaussiedlern
Bescheinigung nach § 15 BVFG

ja nein

ja nein

29 Ausstellungstag,
Ausstellungsbehörde

30 Voll- oder teilstationäre Unterbringung
(z.B. Werkstatt f. Behinderte, Tagesstätte)

* nur für "Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

☒ Zutreffendes ankreuzen!

II. Familienverhältnisse:

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

Zutreffendes ankreuzen!

	1	2	3	4
31 Familienname (ggf. Geburtsname)				
32 Vorname(n)				
33 Geburtsdatum				
34 Geburtsort/Kreis/Land				
35 Staatsangehörigkeit				
Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status	gültig bis			
36 a) Duldung	<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
37 b) Niederlassungserlaubnis	<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
38 c) Aufenthaltserlaubnis	<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
39 Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> ver-witwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehob. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> ver-witwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehob. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> ver-witwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehob. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> ver-witwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehob. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.*
40 Verwandtschaftsverhältnis zur hilfebedürftigen Person				
41 (bei Kindern): Schule u. derzeitige Klasse				
42 Beruf				
43 Derzeit ausgeübte Art der Tätigkeit				
44 Derzeitiger Arbeitgeber				
45 Bei Arbeitslosen: arbeitslos seit	Datum	Datum	Datum	Datum
46 Bei anderen Nichterwerbstätigen: Grund der Nichterwerbstätigkeit/ Erwerbsminderung				
47 Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt f. Behinderte, Tagesstätte)				
48 Sonstiges				
49 Sonstiges				

Falls die hilfebedürftige Person ein nichteheliches Kind ist oder unter den Angehörigen bei Ziffer II ein nichteheliches Kind aufgeführt ist:

50 Name der Person/des Kindes		
51 Name des/der Unterhaltspflichtigen		
52 Wohnanschrift des Unterhaltspflichtigen		
53 Name des Vormunds, Pflegers		
54 Anschrift d. Vormunds, Pflegers		
55 Festgestellter Unterhaltsbetrag/Monat	EUR	EUR
56 In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich geleistet?	EUR	EUR
57 Datum und Aktenzeichen des Gerichts, Urteils, Beschlusses o. ä.		

III. Unterhaltspflichtige Angehörige

1. Bei allen Hilfen nach SGB XII (außer bei Leistungen zum Lebensunterhalt an Minderjährigen)

nur ausfüllen, wenn 2. Person Antragsteller(in) ist

58 Verfügt eines Ihrer Kinder/ ein Elternteil vermutlich über ein Gesamteinkommen ab 100.000 EUR jährlich (Summe aus allen bezogenen Arbeitsentgelten und -einkommen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 67 Adressen an)		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 67 Adressen an)	
59 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

2. Bei allen Hilfen nach SGB XII (einschließlich Grundsicherung, wenn Zeile 58 "X" ja" angekreuzt wurde)

	1	2	1	2
60 Familienname, ggf. Geburtsname der/des unterhaltspflichtigen Angehörigen				
61 Vorname(n)				
62 Geburtsdatum				
63 Geburtsort				
64 Staatsangehörigkeit				

* nur für "Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPPartG

Zutreffendes ankreuzen!

	1			2			1			2		
	ledig <input type="checkbox"/>	ver-witwet <input type="checkbox"/>	verheiratet <input type="checkbox"/>	ledig <input type="checkbox"/>	ver-witwet <input type="checkbox"/>	verheiratet <input type="checkbox"/>	ledig <input type="checkbox"/>	ver-witwet <input type="checkbox"/>	verheiratet <input type="checkbox"/>	ledig <input type="checkbox"/>	ver-witwet <input type="checkbox"/>	verheiratet <input type="checkbox"/>
65 Familienstand	geschieden/aufgehob. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.* <input type="checkbox"/>			geschieden/aufgehob. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.* <input type="checkbox"/>			geschieden/aufgehob. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.* <input type="checkbox"/>			geschieden/aufgehob. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnersch.* <input type="checkbox"/>		
66 Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller												
67 Wohnanschrift: PLZ, Ort,												
68 Straße, Nr.												
69 Beruf/ausgeübte Tätigkeit (soweit nicht bereits in Zeile 59 eingetragen)												
70 Arbeitgeber Name, Anschrift												
71 (wenn Rentenempfänger) Art der Rente												
72 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 titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/ge-schiedenen Partners/Partnerin: _____ EUR						<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/ge-schiedenen Partners/Partnerin: _____ EUR					

IV. Einkommensverhältnisse der hilfebedürftigen Person 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 II			
			1 EUR	2 EUR	3 EUR	4 EUR
73 Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74 Einkommen aus Nichtselbstständiger Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
75 Gewerbe/Handel/Freiberufe						
76 Land- und Forstwirtschaft						
77 Vermietung und Verpachtung Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden usw.)						
78 Sonstige Einkünfte						
79 Arbeitslosengeld nach SGB III						
80 Grundsicherung für Arbeitssuchende (Arbeitslosengeld II) nach SGB II						
81 Sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit						
82 Leistungen der Krankenversicherung						
83 Leistungen der Pflegeversicherung						
84 Mutterschaftsgeld						
85 Leistungen für Kinder z. B. Kindergeld, Erziehungsgeld:						
86						
87						
88						
89 Unterhalt nach BGB/LPartG						
90 Unterhaltsvorschuss nach UVG						
91 Unterhaltssicherung nach USG						
92 Wohngeld						
93 Leibrenten						
94 Renten/Pensionen						
95 Altersrente						
96 Erwerbsminderungsrente						
97 Rente wegen Arbeitslosigkeit						
98 Witwen/Witwerrente						
99 Waisenrente						
100 Landwirtschaftliches Altersgeld						
101 Knappschaftsrente						
102 Betriebsrente						
103 Zusatzrente						
104 Unfallrente						
105 Sonstige Renten						
106 Pensionen						
107 LAG-Kriegsschadenrente						
108 BVG-Grundrente						
109 BVG-Ausgleichsrente						
110 BAföG-Leistungen						
111 Blindengeld						
112 Eingliederungsleistungen für Aus- und Übersiedler						
113 Übergangsgeld						

* nur für "Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

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

☒ Zutreffendes ankreuzen!

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1	2	3	4
114 Keine absetzbaren Beträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgaben	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
115 Steuern auf Einkommen einschl. Soli						
116 Kranken-/Pflegeversicherung						
117 Arbeitslosenversicherung						
118 Rentenversicherung						
119 Altersvorsorgebeiträge						
120 -versicherung						
121 -versicherung						
122 Lebensversicherung						
123 Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens						
124 – Fahrtkosten zur Arbeitsstelle						
125 – Benutztes Verkehrsmittel						
126 – Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km	km	km
127						
128						

VI. 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 II			
			1	2	3	4
129 Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130 Art des Vermögens	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
131 Bargeld						
132 Bank-/Sparguthaben (einschließlich vermögenswirksamer Leistungen)						
133 Kreditinstitut						
134 Wertpapiere/Depots Art der Einlage/Wert						
135 Lebensversicherungen (bei "Ja" Zeilen 164 bis 167 beachten)	<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 <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
136 Haus/Wohneigentum** – Haus/Eigentumswohnung • Größe Grundstück • Größe Haus/m ² • Anzahl Wohnungen						
137 Sonstiger Grundbesitz** • Art/Nutzung • Verkehrswert • Sonstiges						
138 Kraftfahrzeug(e) Marke/Typ Kennzeichen Erstzulassung						
139 Staatlich geförderte private Altersvorsorge						
140 Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)						
141 Sonstiges Vermögen (Patentrechte, sonst. Vermögensgegenstände etc.)						

VII. Mehrbedarfe (§§ 30, 42b SGB XII)

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige	Nachweise beifügen!
142 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
143 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
144 Mittagsverpflegung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder in einer Tagesförderstätte	<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
145 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
146 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	

VIII. Mögliche Ansprüche gegen Dritte

1. Vermögensübertragungen

147	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	

** Wert, Größe sowie Lage Ihres Immobilienvermögens ist durch die Einreichung geeigneter Dokumente (Katastrerausug, Grundbuchauszug, Fotos etc.) nachzuweisen.

2. Nicht geklärte oder streitige Ansprüche

148 Glaubt die hilfebedürftige Person oder ihr Partner weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen noch Leistungen möglich wären?
 Nein Ja, und zwar aus der Sozialversicherung aus Krankheit aus Unfall aus dem Lastenausgleich
 149 als Kriegsbeschädigte(r) aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____
 150 Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt? _____
 151 Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig? nein ja, bei _____ Az. _____

3. Versicherungsansprüche (auch im Ausland!)

152 Sind Sie **privat kranken- und pflegeversichert**? nein ja
 153 Bei welcher Versicherung? _____ Monatsbeitrag _____ EUR
 154 Basistarif nein ja
 155 **Derzeit Mitglied welcher gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse?** _____ Monatsbeitrag _____ EUR
 156 Versichert als Pflichtmitglied freiw. Mitglied Renten-antragsteller Rentner Familien-versicherter
 157 Familienversichert bei _____
 158 **Steuer-Identifikationsnummer**
 159 Wenn Sie derzeit **nicht** Mitglied einer ges. Kranken- und Pflegeversicherung sind: Waren Sie bereits gesetzlich kranken- und pflegeversichert? nein ja Wenn ja, wann? Von _____ bis _____
 160 Bei welcher Kranken- und Pflegekasse? _____
 161 Versichert als Pflichtmitglied freiw. Mitglied Renten-antragsteller Rentner Familien-versicherter
 162 Besteht eine **Sterbegeldversicherung/ein Bestattungsvorsorgevertrag**? nein ja, welche _____
 163 Aktueller Rückkaufswert _____ EUR
 164 **Lebensversicherung** besteht bei Gesellschaft _____
 165 Höhe der Versicherungssumme _____ EUR fällig am: _____
 166 Vertrags-Nummer _____
 167 Aktueller Rückkaufswert _____ EUR
 168 Besteht ein **Rentenanspruch**, ggf. wann und wo wurde Antrag gestellt? nein ja, beantragt bei _____
 169 Falls der Antrag abgelehnt wurde _____ wann? _____
 170 _____ warum? _____
 171 Werden Beiträge zur Rentenversicherung/zur zusätzlichen Altersvorsorge freiwillig entrichtet? nein ja
 172 Für welchen Monat/Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet? _____
 173 Sind Sie im Besitz eines Sozialversicherungsausweises? nein ja, ggf ist dieser dem Antrag beizufügen
 174 Sozialversicherungsnummer (Bitte unbedingt angeben!) _____
 175 Bestehen beamtenrechtliche Versorgungs- oder Beihilfeansprüche? nein ja, bei _____

Zutreffendes ankreuzen!

IX. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft (monatlich)

1. Miete für Wohnung (Bitte Nachweise beifügen!)

176	Zahl der Personen in der Wohnung:	Anzahl	Person(en)	Wohnfläche:	m ²	davon untervermietet:	m ²
177	Gesamtkosten der Unterkunft:						EUR
178	davon Kaltmiete:						EUR
179	Nebenkosten:						EUR
180	Kosten für Stellplatz/Garage:						EUR
181	Heizungskosten:	<input type="checkbox"/> Holz/Kohle	<input type="checkbox"/> Fernwärme	<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Öl	<input type="checkbox"/> Strom	EUR
182	Einnahmen aus Untervermietung						EUR
183	Sind in den angegebenen Beträgen – Kosten für Kochfeuerung enthalten?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von			EUR
184	– Kosten für Warmwasserbereitung enthalten?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von			EUR

2. Haus-/Wohneigentum (Bitte Nachweise beifügen!)

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

3. Miete für besondere Wohnform der Eingliederungshilfe; ehemals stationäre Einrichtung (Bitte Wohn- und Betreuungsvertrag beifügen!)

186	Wurde ein Zimmer in einer Wohneinrichtung angemietet mit zusätzlicher Möglichkeit zur Nutzung von Gemeinschaftsflächen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
187	Gesamtkosten der Unterkunft	EUR	Zusätzliche Wohnkosten: Möblierungszuschlag für das eigene Zimmer		EUR
188	davon Kaltmiete	EUR	Haushaltsstrom		EUR
189	Nebenkosten	EUR	Instandhaltung der angemieteten Räume		EUR
190			Ausstattung mit Haushaltsgroßgeräten		EUR
191			Gebühren für Telefon, Rundfunk, TV und Internet		EUR

4. Sonstige Angaben zur Unterkunft

192 Wurde die Miete für den Antragsmonat bereits gezahlt? ja nein
 193 Bestehen Mietschulden? nein ja, in Höhe von _____ EUR
 194 Bestehen Schulden für Energielieferungen? nein ja, in Höhe von _____ EUR
 195 Falls derartige Schulden bestehen: Hat der jeweilige Gläubiger bereits gerichtliche Schritte unternommen? nein ja, welche? _____

X. Arbeitsverhältnisse vor Antragstellung (3 Jahre):

196	Erwerbsstatus	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSI)	Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSI
197	Keine Erwerbstätigkeit innerhalb von drei Jahren vor Antragstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
198	Erwerbstätig als		

☒ Zutreffendes ankreuzen!

199	Name u. Anschrift d. Arbeitgebers	von _____ bis _____	von _____ bis _____
200		von _____ bis _____	von _____ bis _____
201	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.
202	Arbeitslos	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
203	Stamm-Nr./Kunden-Nr.		
204	Nicht erwerbstätig wegen Aus- und Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
205	wegen häuslicher Bindung (Kindererziehung, Pflege, Familienangehörige)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
206	wegen Krankheit, Behinderung Arbeitsunfähigkeit/Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
207	aus Altersgründen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
208	aus sonstigen Gründen (bitte erläutern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XI. Sonstiges:

209	Wurde bereits früher Sozialhilfe/Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder Grundsicherung bezogen? Falls ja, von welcher Behörde?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom _____ bis _____
210	Wann, woher und aus welchem Grund hier zugezogen?	
211	Hat den Umzug oder die Übersiedlung hierher eine Behörde bezahlt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
212	Falls ja, welche Behörde?	
213	Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertrittes	
214	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 _____
215	Falls ja, Art der Bezüge, Stelle.	
216	Bei Heim- oder Anstaltsunterbringung und -entlassung; bei besonderer Wohnform der Eingliederungshilfe (Ein- und Auszug) a) (bei Heim- oder Anstaltsaufnahme, bei Einzug in besondere Wohnform) Wohnung, Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor Einzug/Aufnahme . . .	
217	b) (bei Übertritt/Umzug von einem Heim, einer Anstalt oder einer besonderen Wohnform in ein anderes Heim usw.) Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in ein Heim/eine Anstalt/eine besondere Wohnform? Wer war bisher Kostenträger? Bezeichnung und Ort des Heims/der Anstalt/der besonderen Wohnform	
218	c) (bei Entlassung/Auszug aus Heim/Anstalt/besondere Wohnform) Wo und bis wann war die hilfebedürftige Person zuletzt in einer Anstalt usw.?	
219	(Bei Kindern, die in Anstalten [Entbindungsheimen] geboren wurden) Name des Entbindungsheimes	
220	Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in die Anstalt . . .	
221	Wo hat sich das Kind seit der Herausnahme aus dem Heim aufgehalten (genaue Anschrift und Zeiten)?	

XII. Bankverbindung:

Girokonto der hilfebedürftigen Person:

222	Name und Sitz des Geldinstituts	
223	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 wesentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückerzahlen 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 Informationen 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.

224	<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich die Hinweise bzw. die Belehrung zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen habe.		
225	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.

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

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

227	Vorstehende Angaben entsprechen <input type="checkbox"/> der Wahrheit <input type="checkbox"/> nicht der Wahrheit. Die Notlage wird <input type="checkbox"/> anerkannt <input type="checkbox"/> nicht anerkannt. (Bei Verneinung der Notlage, nähere Bemerkungen bitte auf Beiblatt)	Mit _____ Anlagen an die Stadt/das Landratsamt/den Landkreis
	Ort, Datum	
	I. A.	