

# Antrag auf Sozialhilfe nach dem SGB XII in Form von Grundsicherungsleistungen im Alter und bei Erwerbsminderung

An das Landratsamt Regen Sozialverwaltung Poschetsrieder Str. 16 94209 Regen  Az: 12-457-30  Fall-Nr: _____	<p style="text-align: center;"><b>Hinweis:</b></p> Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Grundsicherung entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen der beigefügten Hinweise und vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 5 zu unterschreiben. 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 § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs.1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I). Ihre Pflicht zur Auskunft ergibt sich aus § 117 Abs. 1 bis 4 Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (SGB XII).	<b>Datum:</b>  _____
---	--	----------------------------

**Bitte alle Fragen beantworten und für alle Angaben Belege beifügen! Sofern Währungsangaben nicht in Euro sind, bitte Währung angeben!**

	1. Person	2. Person
<b>1. Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen</b>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Antragsteller(in) 1		<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) im Sinne des LPartG
Familiename, Vorname Auch Geburtsname und Namen aus früheren Ehen		
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Telefon		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Familienstand	seit:	seit:
Staatsangehörigkeit		
bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status		
bei Aussiedlern Tag der Einreise		
Vormund / Betreuer Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Telefon (Kopie vom Betreuerausweis beifügen!)		
Stellung im Haushalt (Haushaltsvorstand ist, wer die überwiegenden Kosten des Haushalts trägt)	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger
Zahl der weiteren im Haushalt lebenden Personen		
Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten?		
Wurde bereits Sozialhilfe oder Grundsicherung gezahlt oder beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ <span style="font-size: small; text-align: center;">Name der Behörde</span>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von _____ <span style="font-size: small; text-align: center;">Name der Behörde</span>
falls Sie noch nicht 65 Jahre als sind: Könnten Sie aufgrund Ihrer Gesundheit noch mind. 3 Stunden täglich arbeiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil _____
Arbeiten Sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in _____
Schwerbehindertenausweis / Bescheid des Versorgungsamtes (Kopie beifügen!)	gültig bis _____   Grad der Behinderung: _____ % Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein	gültig bis _____   Grad der Behinderung: _____ % Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein
falls Sie derzeit keine Altersrente oder Rente wegen Erwerbsminderung beziehen: Weshalb besteht kein Rentenanspruch?		
Rentenversicherungs-Nr.		

## 2. evtl. bestehende Mehrbedarfe

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen G oder aG?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Ausweis liegt bei	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Ausweis liegt bei
Ist aus medizinischen Gründen spezielle kostenaufwendige Ernährung erforderlich?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ärztliche Bescheinigung liegt bei	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ärztliche Bescheinigung liegt bei
Sind Sie eine werdende Mutter bzw. schwanger?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Mutterpass liegt bei	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Mutterpass liegt bei
Sind Sie alleinerziehend mit einem oder mehreren minderjährigen Kindern?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> lt. Meldebestätigung (siehe Seite 5)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> lt. Meldebestätigung (siehe Seite 5)
Sind Sie behindert und befinden sich in Berufs- oder Schulausbildung und wird Eingliederungshilfe gewährt?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nachweis liegt bei	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nachweis liegt bei

**1. Person****2. Person****3. Angaben bezüglich Kinder/Eltern**

derzeitig ausgeübter Beruf Ihrer Kinder / Ihrer Eltern		
Verfügen eines Ihrer Kinder oder Ihre Eltern gemeinsam vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 € jährlich)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie bitte unten Namen und Adressen auf einem gesonderten Blatt an)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie bitte unten Namen und Adressen auf einem gesonderten Blatt an)

**4. Angaben zu Aufenthaltsverhältnissen**

Wenn Sie in einer stationären Einrichtung (z.B. Heim, Krankenhaus, JVA) leben: Wo haben Sie vorher gewohnt? (gewöhnlicher Aufenthaltsort)	Anschrift der Wohnung vor Aufnahme in die stationäre Einrichtung	Anschrift der Wohnung vor Aufnahme in die stationäre Einrichtung
Wenn Sie in einer ambulant betreuten Wohnung (z.B. betreutes Wohnen, therapeut. WG) leben: Wo haben Sie vorher gewohnt? (gewöhnlicher Aufenthaltsort)	Anschrift der Wohnung vor Aufnahme in die ambulant betreute Wohnung	Anschrift der Wohnung vor Aufnahme in die ambulant betreute Wohnung
Wenn Sie hier zugezogen sind: Wann, woher und aus welchem Grund sind Sie hier zugezogen?		

**5. Kosten der Unterkunft** - nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer Einrichtung leben -**5.1 Miete**

<b>Kaltmiete</b> (ohne Kosten für elektrischen Strom):	monatlich _____ Euro
<b>Nebenkosten</b> (für Kaltwasser, Kaminkehrer, Müllabfuhr) (ohne Kosten für elektrischen Strom): (soweit nicht in der Miete enthalten)	<input type="checkbox"/> monatlich _____ Euro <input type="checkbox"/> jährlich _____ Euro
<b>Heizungspauschale</b> (soweit trennbar ohne Kosten für Warmwasser): (soweit nicht in der Miete untrennbar bzw. in den Hauslasten enthalten)	<input type="checkbox"/> monatlich _____ Euro <input type="checkbox"/> jährlich _____ Euro
Sind in den zuvor angegebenen Beträgen	
- Stromkosten enthalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Euro
- Kosten für Warmwasserbereitung enthalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Euro
- Kosten für Kochfeuerung enthalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Euro
- Kosten für Überlassung von Möbeln o.ä. enthalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Euro
- Antenne- und Kabelgebühren enthalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Euro
- Kosten für Überlassung einer Garage, eines Einstellplatzes oder eines Gartens enthalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Euro
<b>Zahl der Personen</b> in der Wohnung:	<b>Einnahmen aus Untervermietung:</b> Euro <b>Wohngeld:</b> Euro
<b>Wohnungsgröße</b>	<b>Heizungsart</b>
Gesamt (qm)	Zentralheizung <input type="checkbox"/>
Anzahl der Räume	Einzelöfen <input type="checkbox"/>
untervermietete Räume	Müssen Sie das Heizmaterial (z.B. Öl, Holz) selbst beschaffen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
leerstehende Räume	<b>Energieart</b>
möblierte Räume	Kohle/Holz <input type="checkbox"/>
	Öl <input type="checkbox"/>
	Gas <input type="checkbox"/>
	Nachtstrom <input type="checkbox"/>
	Haushaltsstrom <input type="checkbox"/>
	Fernwärme <input type="checkbox"/>
<b>Vermieter</b> (Name und Anschrift)	Sind Sie mit dem Vermieter <b>verwandt oder verschwägert?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als <b>Mieter</b> der Wohnung

**5.2 Haus- und Wohnungseigentum** 

Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten/Belastungen (Müllabfuhr, Kaminkehrer, Wasser, Kanal, Grundsteuer, Brandversicherung, Belastungen aus Zins und Tilgung) vorzulegen.

**6. Kranken- / Pflegeversicherung**

krankenversichert als (bei privater Versicherung, bitte vollständige Versicherungspolice und Nachweis über Leistungsumfang vorlegen!)	z.B. familienversichertes, privat, gesetzlich oder freiwillig versichertes Mitglied	z.B. familienversichertes, privat, gesetzlich oder freiwillig versichertes Mitglied
Name und Anschrift des Versicherungsunternehmens		
Höhe des mtl. Beitrages		
Besteht ein Beihilfeanspruch?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei

**7. Einkommen**

<b>Kein Einkommen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Einkommen aus</b> (Bitte Nachweise vorlegen!)	<b>mtl. Betrag</b> (nicht monatliche Betragsangaben bitte kennzeichnen)	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens (Klage, Widerspruch)	<b>mtl. Betrag</b> (nicht monatliche Betragsangaben bitte kennzeichnen)	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens (Klage, Widerspruch)
Nichtselbständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen, Urlaubsgeld und Weihnachtsgeld)				
Gewerbebetrieb				
Land- und Forstwirtschaft				
Sonstige selbständige Tätigkeit				

	1. Person		2. Person	
<b>Einkommen aus</b> (Bitte Nachweise vorlegen!)	<b>mtl. Betrag</b> (nicht monatliche Betragsangaben bitte kennzeichnen)	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens (Klage, Widerspruch)	<b>mtl. Betrag</b> (nicht monatliche Betragsangaben bitte kennzeichnen)	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens (Klage, Widerspruch)
Vermietung und Verpachtung				
Renten/Pensionen (z.B. Altersrente, Rente wg. Erwerbsminderung, Unfallrente, ausländische Rente, Witwen-/Waisenrente, landwirtschaftliches Altersgeld, Werksrente, Betriebsrente, Kinderzuschuss/-zulage, Erziehungsrente, Kindererziehungsleistungen, Pflegegeld zur Rente, sonstige Renten/ Pensionen) → auf freiwilliger Grundlage erworben	ja <input type="checkbox"/>		ja <input type="checkbox"/>	
Wohngeld / Lastenzuschüsse				
Leistungen der Sozialhilfe				
Grundsicherungsleistungen				
Asylbewerberleistungen				
Leistungen nach Bundesversorgungsgesetz				
Leistungen des Lastenausgleichsamtes (z.B. Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)				
Leistungen der Agentur für Arbeit (z.B. Arbeitslosengeld, Sozialgeld, Arbeitsförderunggeld, Berufsausbildungsbeihilfe, Eingliederungshilfe u.a.)				
Ausbildungsförderung				
Kindergeld				
Unterhalt				
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Erziehungsgeld)				
Leistungen der Krankenkasse (z.B. Krankengeld, Mutterschaftsgeld) (einschl. Arbeitgeberzuschuss)				
Leistungen der Pflegekasse (z.B. Pflegegeld)				
Leistungen nach Bayer. Blindengeldgesetz				
Einkünfte in Geldeswerte / Sachbezüge (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente)				
Steuererstattung				
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)				
Sonstiges Einkommen:				
Art:				

**8. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge - soweit nicht bereits unter Ziffer 7 berücksichtigt -**

<b>Keine absetzbaren Beträge</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

<b>Ausgaben wegen</b>	<b>mtl. Betrag</b>	<b>kurze Begründung</b>	<b>mtl. Betrag</b>	<b>kurze Begründung</b>
Einkommenssteuer				
Krankenversicherung				
Pflegeversicherung				
Arbeitslosenversicherung				
Rentenversicherung				
Unfallversicherung				
Altersvorsorgebeiträge				
Sterbeversicherung				
Lebensversicherung				
Hausratversicherung				
Haftpflichtversicherung				
sonst. Versicherungen (z.B. Diebstahl, Feuer)				
Aufwendung für Arbeitsmittel				
Beiträge für Berufsverbänden oder VdK o.ä.				
Fahrtkosten zur Arbeitsstelle <input type="checkbox"/> mit öffentlichen Verkehrsmitteln <input type="checkbox"/> mit PKW <input type="checkbox"/> mit Kleinst-PKW (bis 500ccm) <input type="checkbox"/> mit Motorrad <input type="checkbox"/> mit Mofa <input type="checkbox"/> Sonstiges:		Entfernung Wohnung – Arbeitsstelle: km		Entfernung Wohnung - Arbeitsstelle: km
Mehraufwendungen f. doppelte Haushaltsführung				
Sonstige absetzbare Beträge:				
Art:				

1. Person

2. Person

## 9. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen

Kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Art des Vermögens</b>	<b>Vermögenswert lt. Beleg</b>	<b>Vermögenswert lt. Schätzung</b>
Bargeld		
Bank-/Sparguthaben (einschl. vermögenswirksame Leistungen)		
Bausparverträge		
Wertpapiere		
Forderungen		
Lebensversicherungen (Rückkaufwert)		
Staatl. geförderte Altersrente „Riester-Rente“		
Hauseigentum		
Sonstiger Grundbesitz		
Ansprüche aus Übergabeverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)		
Kraftfahrzeug(e) (Typ, Baujahr, km-Stand)		
sonstige Vermögenswerte (z.B. wertvolle Sammlungen, Antiquitäten, Schmuck usw.)		
Sonstiges Vermögen:		
Art:		

## 10. evtl. bestehende Ansprüche

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabe, Altenteil)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde
Besteht ein vertraglich gesicherter Anspruch aus notariellen Verträgen (z.B. Verköstigung, Wohnrecht, Leibrente, Taschengeld)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde
Wurde auf ein vertraglich gesichertes Recht (z.B. Wohnrecht, Leibrente) in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung verzichtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten oder Partner einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein, Grund (z.B. weil verstorben):  <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt: mtl. _____ Euro <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (vollstreckbarer Titel, Urkunde beifügen!)	<input type="checkbox"/> Nein, Grund (z.B. weil verstorben):  <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt: mtl. _____ Euro <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (vollstreckbarer Titel, Urkunde beifügen!)
Könnte ein Erb- oder Pflichtteilsanspruch, aufgrund des Todes eines Verwandten (z.B. Eltern, Kinder, Ehepartner) bestehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil _____ (Name, Verwandtschaftsverhältnis) verstorben am: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil _____ (Name, Verwandtschaftsverhältnis) verstorben am: _____
Könnte ein Anspruch auf Waisen- oder Halbwasenrente, aufgrund des Todes eines Elternteiles bestehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil _____ (Name, Verwandtschaftsverhältnis) verstorben am: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil _____ (Name, Verwandtschaftsverhältnis) verstorben am: _____
Könnte ein Anspruch auf Witwen- oder Witwerrente, aufgrund des Todes des Ehepartners bestehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil _____ (Name) verstorben am: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weil _____ (Name, Verwandtschaftsverhältnis) verstorben am: _____
Haben Sie im Ausland gearbeitet und dort evtl. einen Rentenanspruch erworben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügtes Rentenbuch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügtes Rentenbuch
Wurden Verträge zugunsten Dritter für den Erlebens- und/oder Todesfall abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügter Vertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügter Vertrag
Haben Sie gegenüber anderen einen Anspruch auf Rückzahlung eines Darlehens?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügter Vertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügter Vertrag
Liegt ein Impfschaden vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Begründung liegt bei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Begründung liegt bei
Sind Sie Opfer eines Verkehrsunfalles?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Begründung liegt bei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Begründung liegt bei
Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Begründung liegt bei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Begründung liegt bei
Sind Sie Kriegsbeschädigte(r) oder -hinterbliebene(r)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Begründung liegt bei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Begründung liegt bei
Glauben Sie, einen anderen nicht entschiedenen Anspruch zu haben (z.B. aus Lastenausgleich, aus Sozialversicherung, aus Unfall, aus Krankheit oder aus anderem Rechtsgrund)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Begründung liegt bei	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Begründung liegt bei

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

IBAN, BIC, Name und Sitz des Geldinstituts

Name und Vorname des Kontoinhabers

**12. Ermittlung eines evtl. kostenerstattungspflichtigen Trägers**

Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie in den letzten zwei Monaten aus dem Ausland eingereist?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie bis vor zwei Monaten als Minderjähriger außerhalb des elterlichen Haushalts gelebt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Erklärung**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben **wahr** sind und dass ich **nichts verschwiegen** habe. Die Angaben zu den anderen Personen habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag oder in einen gesonderten Vordruck eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben **strafrechtlich verfolgt** werden kann und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurückzahlen muss.

Soweit sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, werden die Unterzeichner die **Änderungen unverzüglich und unaufgefordert** dem Sozialhilfeträger **mitteilen**. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenden Personen.

Das Merkblatt zum Grundsicherungsantrag habe ich erhalten und gelesen. Falls ein weitergehender Informationsbedarf besteht, werde ich mich an das Amt für Grundsicherung wenden.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren diesbezüglichen Rechten finden Sie auf unserer Datenschutzerklärung unter <https://www.landkreis-regen.de/datenschutz/> oder können Sie von Ihrem/Ihrer zuständigen Sachbearbeiter/in erfragen.

Ort, Datum

Unterschrift

**1. Person**


Ort, Datum

Unterschrift

**2. Person**

*wird von der Meldebehörde ausgefüllt!***Bestätigung der Meldebehörde** (Stadt/Gemeinde/Verwaltungsgemeinschaft)

Der/Die im Grundsicherungsantrag aufgeführte(n) Antragsteller(in) ist/sind unter der genannten Adresse gemeldet und hält/halten sich hier auf:

**Name, Vorname, Geburtsdatum****seit**

\_\_\_\_\_

Folgende weitere Person(en) ist/sind unter der im Grundsicherungsantrag genannten Adresse gemeldet und hält/halten sich hier auf:

**Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschafts-/****seit**

Ort, Tag:

**Bekanntschftsverhältnis zu Antragsteller**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Stempel, Unterschrift