

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Für

Name Leistungssuchende/r

wird Sozialhilfe beantragt durch Gewährung von

Hilfe zum Lebensunterhalt (Kapitel 3 SGB XII) **Besondere Hilfen** (Kapitel 5 – 9 SGB XII)

und zwar in Form von :

(z.B. Hilfe zur Gesundheit, Hilfe zur Pflege)

Nähere Begründung des Antrages, Ursache der Notlage:

(bei gesundheitlicher Notlage, Mehrbedarf wegen kostenaufwendigerer Ernährung, Krankenhilfe, werdenden Müttern, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Weiterführung des Haushalts usw. ist haus- oder fachärztliches Zeugnis beizulegen, bei Schwangeren der Mutterpass)

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 § 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).

I. Persönliche Verhältnisse:

	Leistungssuchende/r	Ehegatte/Partner d. eheähnl. Gemeinschaft/ d. eingetragenen Lebenspartners (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend)	Vater/ Personensorgeberechtigter bei ledigen Minderjährigen	Mutter/ Personensorgeberechtigter bei ledigen Minderjährigen
Familienname (ggf. Geburtsname)				
Vorname(n)				
Geburtsdatum				
Geburtsort/Kreis/Land				
Familienstand (falls nicht ledig):				
a) Eheschließung (Datum u. Ort)				
(wenn geschieden):				
b) Gericht, Datum u. Aktenz. d. Urteils				
aus wessen verschulden? (wenn Ehescheidung vor dem 1.7.1977 erfolgte)				
Art der Unterhaltsregelung				
Staatsangehörigkeit, ausländerrechtlicher Status				
Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status (Nachweis beifügen)				
Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)				
Telefon				
Ausweispapiere: Art u. Nummer				
Ausstellungstag, Ausstellungsbehörde (bei Spätaussiedlern)				
Bescheinigung nach § 15 des BVFG				
Ausstellungstag, Ausstellungsbehörde				
Höchster Schulabschluss an allgemeinbildenden Schulen				
Erlerner Beruf				
Höchster Berufsausbildungsabschluss				
Derzeit ausgeübte Tätigkeit				
Derzeitiger Arbeitgeber				
Grund der Nichterwerbstätigkeit				
Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt f. Behinderte, Tagesstätte)				

II. Familienverhältnisse: Außer d. Leistungssuchenden und seinem/ihrem Ehegatten / Lebenspartner leben noch im **gemeinsamen Haushalt:**

Bei mehr als 5 Personen Beiblatt verwenden!

	1	2	3	4	5
Familienname (ggf. Geburtsname)					
Vorname(n)					
Geburtsdatum					
Geburtsort/Kreis/Land					
Staatsangehörigkeit					
Familienstand					
Verwandtschaftsverhältnis z. Leistungssuchenden					
bei Kindern	<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht ehelich	<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht ehelich	<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht ehelich	<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht ehelich	<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht ehelich
(bei Kindern): Schule u. derzeitige Klasse					
Höchster Schulabschluss an allgemeinbildenden Schulen					
Erlerner Beruf					
Höchster Berufsausbildungsabschluss					
Derzeitige Art der Beschäftigung					
Derzeitiger Arbeitgeber					
Bei gemeldeten Arbeitslosen: arbeitslos seit	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
Bei anderen Nichterwerbstätigen: Grund der Nichterwerbstätigkeit / Erwerbsminderung					
Voll- oder teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt f.Behinderte, Tagesstätte)					
Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status (Nachweis beifügen)					
Bargeld	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag
Spar- und Bankguthaben	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag
Haus- und Grundbesitz	<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
Sonst. Vermögenswerte und zwar:					
Höhe des Einkommens (mtl. netto)	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag

Falls d. Leistungssuchende ein Kind nicht verheirateter Eltern ist, oder unter den Angehörigen bei Ziffer II ein solches Kind aufgeführt ist:

Name des Kindes (Geburtsurkunde ist beizufügen!)			
Name des Vaters			
Anschrift des Vaters			
Vaterschaftsanerkennung bzw. Vaterschaftsfeststellung?			
Name u. Anschrift des Betreuers			
Unterhaltsverpflichtung besteht in Höhe von monatlich aus (Urteil, Vergleich, Urkunde) ... vom			
Durchsetzung erfolgt mittels (JugA = Jugendamt)	<input type="checkbox"/> Beistandschaft b. JugA <input type="checkbox"/> Rechtsanwalt <input type="checkbox"/> noch nichts veranlasst	<input type="checkbox"/> Beistandschaft b. JugA <input type="checkbox"/> Rechtsanwalt <input type="checkbox"/> noch nichts veranlasst	<input type="checkbox"/> Beistandschaft b. JugA <input type="checkbox"/> Rechtsanwalt <input type="checkbox"/> noch nichts veranlasst
In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich geleistet?			

III. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushaltes:

Angaben bezüglich	<input type="checkbox"/> Kinder	<input type="checkbox"/> 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 an)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie bitte unten Namen und Adressen an)
Name und Adresse, wenn Jahreseinkommen von 100.000 € überschritten wird		

Wenn Sie geschieden/getrennt lebend sind:	
Familienname (ggf. Geburtsname) und Vorname(n)	
Geburtsdatum und Geburtsort/Kreis/Land	
Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.)	
Datum Heirat und Datum getrennt lebend/Scheidung	
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"/> Unterhalt wurde gezahlt bis zum _____ mtl. _____ Euro <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits laufend 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 tituiert (vollstreckbarer Titel, Urkunde beifügen!)

IV. Arbeitsverhältnisse in den letzten 3 Jahren vor der Antragstellung

(falls Platz nicht ausreicht, gesondertes Blatt verwenden!)

Art der Tätigkeit	Dauer		beschäftigt bei (Name u. Anschrift)	Gründe für etwaige Lösung des Arbeitsverhältnisses	zuständige Krankenkasse
	vom	bis			
Leistungssuchende/r					
Ehegatte/ Lebenspartner					
Arbeitslos			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit	Stamm-Nr:	
Wurden bei der Agentur für Arbeit Leistungen beantragt? (Bescheid beilegen)			<input type="checkbox"/> ja, am		
Aus welchen Gründen nicht erwerbstätig?			<input type="checkbox"/> nein warum?		

V. Aufenthaltsverhältnisse d. Leistungssuchenden:

Wann, woher und aus welchem Grund hier zugezogen?	
Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag u. Ort des Grenzübertrittes (ggf. Aufnahmebescheid vorlegen) Zeitraum u. Ort des Lageraufenthaltes	
Bei Heim- oder Anstaltsunterbringung und -entlassung (§ 106 SGB XII) (bei Aufnahme in ein Heim oder eine Anstalt): Wo waren Wohnung, Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor der Anstaltsaufnahme?	
(bei Übertritt von einem Heim oder einer Anstalt in ein anderes Heim usw.): Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in ein Heim/eine Anstalt? Wer war bisheriger Kostenträger? Bezeichnung und Ort des Heims oder der Anstalt	
(bei Entlassung aus einem Heim oder einer Anstalt): Wo und bis wann war der Leistungssuchende zuletzt in einer Anstalt? Aufenthaltssorte seit der Entlassung	
Bei Kindern, welche in Krankenhäusern (Entbindungsheimen) geboren wurden: Name und Anschrift des Entbindungsheimes	
Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor der Geburt des Kindes	
Wo hat sich das Kind seit der Entlassung aufgehalten? (genaue Anschrift und Zeiten)	

VI. Einkommensverhältnisse d. Leistungssuchenden und seiner/ihrer Angehörigen

(Nachweise über Art und Höhe **sämtlicher** Einkünfte beifügen, z.B. Rentenmitteilung bzw. -bescheid, Bescheid des Arbeitsamtes, Wohngeldbescheid, Nachweis über Kindergeld und Kindergeldzuschlag, Übergabevertrag, Unterhalt, Nettoverdienstbescheinigung)

Art des Einkommens	Antrag- steller/in Betrag in €	Ehegatte Betrag in €	sonst. Haushaltsangehörige (siehe Seite 2 Nr. II).				
			zu Nr. 1 Betrag in €	zu Nr. 2 Betrag in €	zu Nr. 3 Betrag in €	zu Nr. 4 Betrag in €	zu Nr. 5 Betrag in €
kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersrente 101							
EU-Rente 102							
BU-Rente 103							
Erwerbsminderungsrente							
Witwenrente/Witwerrente 105/106							
Waisenrente 108							
Unfallrente 122							
Betriebs-Zusatzrente 115 → auf freiwilliger Grundlage erworben	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Altersgeld f. Landwirte 114							
Pension 117							
Grundsicherung im Alter u. bei Erwerbsminderung 150							
Arbeitslosengeld nach SGB III							
Grundsicherung f. Arbeitssuchende (Arbeitslosengeld II) nach SGB II							
Sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit							
Eingliederungshilfe 204							
Krankengeld 209							
Übergangsgeld 210							
Mutterschaftsgeld 401/402							
LAG-Unterhaltshilfe 501							
LAG-Entsch.-rente 502							
Leistungen für Kinder							
Kindergeld 504							
Kindergeldzuschlag 505							
Erziehungsgeld							
Wohngeld							
UVG-Leistung 506/511/512							
USG-Leistung 507							
BAföG-Leistung 508							
Arbeitseinkommen (netto) 301							
Eink./Selbständiger 302							
Leibrente, Leibgeding 602							
Eink. a. Land- u. Forstw. 303							
Unterhaltsleistungen							
Miet- o. Pachteinnahmen 701/702							
Zinsen aus Vermögen 703							
Pflegegeld n. PflegeVG							
betriebl. Zuwendungen							
Knappschaftsrente 116							
Ausländische Rente 113							
Grundrente (BVG) 120/121							
Blindengeld							
Zuwend., die ohne Rechtsanspruch bzw. unregelmäßig zufließen							
Soldatenversorg. G./ZivildienstG							
Sonstige Einnahmen							

VII. Wohnverhältnisse d. Leistungssuchenden:

Gesamtfläche der Wohnung: _____ Küche, _____ Bad, _____ WC, _____ Zimmer = _____ qm	
Wird der Wohnraum untervermietet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, davon _____ qm
Falls Sie untervermietet haben: Vergütung für Möblierung	vollmöbliert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja = _____ €
	teilmöbliert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja = _____ €
Von der Gesamtfläche werden ausschließlich gewerblich oder beruflich genutzt: _____ qm	
Wie wird die Wohnung beheizt ?	
<input type="checkbox"/> Sammelheizung <input type="checkbox"/> Einzelheizung <input type="checkbox"/> Holz/Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> _____	
Muss das Heizmaterial selbst beschafft werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wann ist der Wohnraum erstmalig bezugsfertig geworden? Jahr _____	
Wurde der überwiegende Teil des Wohnraumes nachträglich unter wesentlichem Bauaufwand ausgebaut oder erweitert?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Jahr _____	
Wohnen Sie mietfrei ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Vertrag vorlegen)	
Die Wohnungsmiete beträgt ohne Kosten für elektrischen Strom (lt. beil. Mietbescheinigung) mtl. _____ €	
In der Gesamtmiete sind Kosten für die Möblierung enthalten	vollmöbliert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €
	teilmöbliert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €
Wurde die Miete für den Antragsmonat bereits bezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Mietschulden bestehen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ €	
Erhalten Sie Wohngeld oder eine vergleichbare Leistung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl. _____ €	
bei nein, wurde Wohngeld oder eine vergleichbare Leistung beantragt? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ja, am _____	
Bei Eigenheimbesitzern/Eigentumswohnungen usw. betragen	
a) Kosten für Müllabfuhr, Kaminkehrer, Wasser, Kanal, Grundsteuer, Brandversicherung usw. (laut beilieg. Nachweise) mtl. _____ €	
b) Belastung aus Kapitaldienst und Bewirtschaftung: Belastung aus Zinsen mtl. _____ €	
	Belastung aus Tilgung mtl. _____ €

VIII. Eheähnliche Verhältnisse:

Personen, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben, dürfen hinsichtlich der Voraussetzungen sowie des Umfangs der Sozialhilfe nicht besser gestellt werden als Ehegatten (§ 20 SGB XII).

Lebt der/die Leistungssuchende in einer eheähnlichen Gemeinschaft? nein ja, mit wem?

IX. Sonstige Angaben z. Leistungssuchenden:

Derzeit Mitglied welcher Krankenkasse?	Monatsbeitrag: _____ €
Leistungssuchende/r ist krankenversichert als Familienversichert bei	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner
Derzeit Mitglied welcher Pflegekasse?	Monatsbeitrag: _____ €
Familienversichert bei Beamtenrechtliche oder vergleichbare Beihilfeansprüche bei	
(wenn nicht in Arbeit): Werden Beiträge zur Arbeiter-/Angestellten-/Rentenversicherung freiwillig entrichtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Nr. der letzten Versicherungskarte _____
Für welchen Monat/Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet?	

IX. Sonstige Angaben z. Leistungssuchenden:

Sind Sie in Besitz eines Sozialversicherungsausweises? (Sozialversicherungs-Nr. bitte unbedingt angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Mitglied einer Sterbegeldversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher Höhe des Sterbegeldes €
Mitglied einer Lebensversicherung ? Höhe d. Versicherungssumme (Police vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher € fällig am:
Mitglied anderer Versicherungen? (z.B. Haftpflicht, Hausrat, Unfall usw.)	Art: (Nachweise über Höhe beifügen)
Sind Sie Kriegsbeschädigte(r) oder –hinterbliebene(r)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist ein Antrag auf Rentengewährung abgelehnt worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann und warum:
Wurde bereits früher Sozialhilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von - bis von welcher Behörde Aktenzeichen
Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten?	
(Wenn in Arbeit stehend): Fahrtkosten zum Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> Betrag € <input type="checkbox"/> einfache Entfernung zum Arbeitsplatz km
Sind Sie schwerbehindert? Wenn ja, Art und Grad der Behinderung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Bescheid vorlegen!) GdB
Wurde bereits ein Schwerbehindertenausweis beantragt oder erteilt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann beantragt bzw. wann erteilt:
Liegt volle Erwerbsminderung a. befristete Zeit vor? Grund, Ursache (Krankheit, Behinderung usw.) (Nachweis vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum:
Liegt ein Impfschaden vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte entsprechende Nachweise vorlegen!
Sind Sie Opfer eines Verkehrsunfalles?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte entsprechende Nachweise vorlegen!
Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte entsprechende Nachweise vorlegen!
Steht eine der vorgenannten Personen unter Betreuung: (ggf. Betreuerausweis vorlegen)	Wenn ja: a) Welche Person? b) Name u. Anschrift d. Betreuers:

X. Vermögenswerte:

a) d. Leistungssuchenden	b) des Ehegatten/Partner; falls HE minderjährig beider Eltern
Spar- u. Bankguthaben, Bausparverträge, Wertpapiere: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: Kreditinstitut, IBAN, BIC. Betrag in €:	Spar- u. Bankguthaben, Bausparverträge, Wertpapiere: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: Kreditinstitut, IBAN, BIC. Betrag in €:
Kreditinstitut, IBAN, BIC. Betrag in €:	Kreditinstitut, IBAN, BIC. Betrag in €:
Freistellungsauftrag an wen erteilt (Banken, Bausparkassen usw.)?	Freistellungsauftrag an wen erteilt (Banken, Bausparkassen usw.)?
Die Bankinstitute ermächtige ich hiermit zur Auskunftserteilung (Formblatt „Ermächtigung zur Bankauskunft“ verwenden)	Die Bankinstitute ermächtige ich hiermit z. Auskunftserteilung (Formblatt „Ermächtigung zur Bankauskunft“ verwenden)
Bargeld: Betrag in €: Ich verfüge über Bargeld in Höhe von:	Bargeld: Betrag in €: Ich verfüge über Bargeld in Höhe von:
Haus- und Grundbesitz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	Haus- und Grundbesitz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:
Vertraglich gesicherte Ansprüche: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende z.B. Wohnrecht, Wartung u. Pflege:	Vertraglich gesicherte Ansprüche: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende z.B. Wohnrecht, Wartung u. Pflege:
Eine Abschrift des entsprechenden Vertrages liegt bei.	Eine Abschrift des entsprechenden Vertrages liegt bei.

X. Vermögenswerte:

a) d. Leistungssuchenden	b) des Ehegatten/Partner; falls HE minderjährig beider Eltern																																			
Sonstige Vermögenswerte: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in folgender Form (z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung v. Darlehen, Schmuck, Bausparverträge usw.):	Sonstige Vermögenswerte: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in folgender Form (z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gegen Dritte auf Rückzahlung v. Darlehen, Schmuck, Bausparverträge usw.):																																			
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> Typ: _____ Baujahr: _____ Kennzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> Typ: _____ Baujahr: _____ Kennzeichen: _____																																			
staatlich geförderte private Altersvorsorge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als: _____	staatlich geförderte private Altersvorsorge <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als: _____																																			
Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z.B. Haus- o. Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben: _____																																				
Wurden Verträge zugunsten Dritter – für den Erlebens- und/oder Todesfall – abgeschlossen (ggf. Nachweise vorlegen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																				
Schulden (bitte belegen!):																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">Name des Gläubigers und des Schuldners, Grund der Schuldaufnahme</th> <th style="width: 15%;">Höhe der urspr. Verbindlichkeit in €</th> <th style="width: 15%;">derzeitige Restschuld in €</th> <th style="width: 10%;">Zins/monatlich %</th> <th style="width: 10%;">monatlich €</th> <th style="width: 10%;">Tilgung monatlich %</th> <th style="width: 10%;">monatlich €</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Name des Gläubigers und des Schuldners, Grund der Schuldaufnahme	Höhe der urspr. Verbindlichkeit in €	derzeitige Restschuld in €	Zins/monatlich %	monatlich €	Tilgung monatlich %	monatlich €																													
Name des Gläubigers und des Schuldners, Grund der Schuldaufnahme	Höhe der urspr. Verbindlichkeit in €	derzeitige Restschuld in €	Zins/monatlich %	monatlich €	Tilgung monatlich %	monatlich €																														

XI. Nicht geklärte Ansprüche:

Glaubt d. Leistungssuchende oder sein/ihr Ehegatte/Lebenspartner, weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen er noch keine Leistungen erhält: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja <input type="checkbox"/> aus dem Lastenausgleich <input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> als Kriegsbeschädigte(r) <input type="checkbox"/> aus Unfall <input type="checkbox"/> aus Krankheit <input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund, nämlich: _____
Wann und wo wurde der Antrag gestellt? _____
Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ Az.: _____

XII. Bankverbindung:

Konto d. Leistungssuchenden:	
Empfänger	IBAN
Kreditinstitut	BIC

XIII. Sonstige Angaben:

--

Erklärung d. Leistungssuchenden und seines/ihrer Ehegatten/Lebenspartners:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben **wahr** sind und dass ich **nichts verschwiegen** habe.

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

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 Wohngeld, Arbeitslosengeld/-hilfe, 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 oder Wegzug vom bisherigen Wohnort, Krankenhausaufenthalt usw. (auch von Haushaltsangehörigen), unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Sozialhilfe mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit – soweit für die Leistungsgewährung erforderlich – Akten anderer Sozialleistungsträger einzusehen, von denen ich Leistungen erhalten habe oder erhalte.

Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden **Sozialdaten** von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis - § 35 SGB I). Die Übermittlung von Sozialdaten ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre (§ 76 Abs. 1 SGB X). Dies gilt nicht im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der/die Betroffene der Übermittlung widerspricht (§ 76 Abs. 2 SGB X). Von meinem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen. Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung. Gemäß § 118 SGB XII sind die Träger der Sozialhilfe berechtigt, einen automatisierten Datenabgleich durchzuführen. Der automatische Datenabgleich nach § 118 SGB XII verstößt nicht gegen das Sozialgeheimnis.

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.

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 d. Leistungssuchenden oder seines/ihrer gesetzlichen Vertreters	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners
Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.		
	Unterschrift d. Antragstellers	Unterschrift des Aufnehmenden

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

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 Bemerkung bitte auf Beiblatt)
Die Notlage ist hier seit	Datum <input type="text"/>	bekannt geworden.
	Mit <input type="checkbox"/>	Anlagen an die Stadt/das Landratsamt/ den Landkreis
Ort, Datum		
	Unterschrift	