

Antrag auf Grundsicherungsleistungen
im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung nach dem SGB XII
 - Seite 1 -

Eingangsdatum: _____

Hinweis:

Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Sozialhilfe 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 und vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 6 zu unterschreiben. Nachweise und Belege sind in diesem Antrag auf Verlangen vorzulegen oder es ist ihrer Vorlage zuzustimmen. Originalunterlagen erhalten Sie zurück.

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 § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialhilfe ganz oder teilweise versagt werden.

BELEHRUNG:

Ein Anspruch auf Sozialhilfe besteht nur, wenn die erforderlichen Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht werden. Leistungen, die aufgrund falscher oder unvollständiger Angaben zu Unrecht erwirkt werden, sind (unabhängig von der Strafbarkeit des Fehlverhaltens) zurückzuerstatten, § 50 SGB X.

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Antragsteller (in) 1	Antragsteller (in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner (in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner (in) in eheähnlicher Gemeinschaft
Familienname (bitte auch Geburtsname), Vorname		
Geburtsdatum u. -ort		
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl) Telefon (freiwillig):		
Rentenversicherungs-Nr.		
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrenntlebend <input type="checkbox"/> geschieden seit	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrenntlebend <input type="checkbox"/> geschieden seit
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch andere:	<input type="checkbox"/> deutsch andere:
Spätaussiedler (in)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, ist die Verteilung länger als 3 Jahre her ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, ist die Verteilung länger als 3 Jahre her ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie unter Betreuung ? (falls ja, bitte Betreuungsurkunde beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anschrift der Betreuerin / des Betreuers		
Dauernd voll erwerbsgemindert ohne Rentenbezug, weil		

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen, Fortsetzung Seite 1	1. Person	2. Person
	Antragsteller (in) 1	Antragsteller (in) 2
Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja: Wo haben Sie vorher gewohnt ?		
Falls nein: Wer trägt die überwiegenden Kosten des Haushalts (Haushaltsvorstand)	<input type="checkbox"/> 1. Person	<input type="checkbox"/> 2. Person

2. Unterhalt:

Haben Sie bereits Grundsicherungsleistungen erhalten ? (z.B. von der ARGE)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, von wem ? bis wann ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, von wem ? bis wann ?
---	--	--

Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrenntlebende Ehegatten oder Partner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft ?	<input type="checkbox"/> Nein, Grund: <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltanspruch wurde angemeldet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltanspruch ist tituliert (vollstreckbarer Titel, Urkunde beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein, Grund: <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltanspruch wurde angemeldet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltanspruch ist tituliert (vollstreckbarer Titel, Urkunde beifügen)
Falls ja: Familiennamen & Vornamen des Unterhaltspflichtigen bitte angeben		

3. Fragen zur Bedarfsfeststellung:**3.1 Monatliche Kosten der Unterkunft (Mietvertragsunterlagen soweit vorhanden bitte beifügen):**

Anzahl der in der Wohnung lebenden Personen:	Personen
Wohnfläche laut Mietvertrag:	m ²
Baujahr des Hauses:	
Gesamtkosten der Unterkunft (kalt = ohne Heizkosten)	€
Nebenkosten:	€
Heizkosten:	€
- Art der Heizung:	<input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Fernwärme
Enthalten die oben angegebenen Beträge	<input type="checkbox"/> nein
- Kosten für Haushaltsstrom ?	<input type="checkbox"/> ja in Höhe von €
- Kosten für Warmwasserbereitung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von €
- Kosten für Schönheitsreparaturen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von €
- Kosten für den Fernsehempfang (Kabel, Satellit)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von €
Bestehen Einnahmen aus Untervermietung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von €

Soweit Sie Haus- oder Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen !

3.2 Mehrbedarf

	1. Person	2. Person
Liegt ein Schwerbehinderten- ausweis vor ? (Kopie bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> wurde beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> Merkzeichen G oder aG	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> wurde beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> Merkzeichen G oder aG
Besteht eine Schwangerschaft ?	<input type="checkbox"/> ja, ____ . Schwangerschaftswoche <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ____ . Schwangerschaftswoche <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie alleinerziehend ?	<input type="checkbox"/> ja, Namen und Geburtsdaten des / der minderjährigen Kindes/ Kinder bitte auf separatem Blatt angeben <input type="checkbox"/> nein	
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kos- tenaufwendigen Ernährung ?	<input type="checkbox"/> ja (ärztliche Bescheinigung beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (ärztliche Bescheinigung beifügen) <input type="checkbox"/> nein

3. 4 Kranken- / Pflegeversicherung:

(bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen)

	1. Person	2. Person
Wo sind Sie versichert ?		
Höhe des monatlichen Beitrages ?		

3. 5 Zusatzbedarf:

	1. Person	2. Person
Benötigen Sie Hilfe bei einzelnen hauswirtschaftlichen Verrichtun- gen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, bei welchen und in wel- chem Umfang ?		
Welche notwendigen Kosten sind hiermit verbunden ?	_____ € monatlich	_____ € monatlich

3. 6 Einmaliger Bedarf:

	1. Person	2. Person
Benötigen Sie Leistungen zur Erst ausstattung für Wohnung oder Bekleidung ?	<input type="checkbox"/> ja, für: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, für: <input type="checkbox"/> nein

3. 7 Besonderer Bedarf:

	1. Person	2. Person
Beantragen Sie derartige Leistun- gen ?	<input type="checkbox"/> ja, für: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, für: <input type="checkbox"/> nein

4. Einkommen (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen !)

(z. B. Steuer-, Renten- oder Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigungen)

	1. Person		2. Person	
Kein Einkommen:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Einkommen aus:	Monatl. Betrag Nicht monatl. gezahlte Leistungen bitte kennzeichnen	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens	Monatl. Betrag Nicht monatl. gezahlte Leistungen bitte kennzeichnen	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens
Nichtselbständige Tätigkeit (z.B. Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der WfbM)				
Leistungen der Krankenkasse (einschl. Arbeitgeberzuschuss)				
Gewerbebetrieb				
Land- & Forstwirtschaft				
Sonstige selbständige Tätigkeit				
Vermietung & Verpachtung				
Wohngeld / Lastenzuschuss				
Renten / Pensionen (z. B. wegen Erwerbsminderung, Alter, Unfall, landwirtsch. Altersgeld, Werksrente, Witwen- oder Waisenrente, Pflegegeld zur Rente o. ä.)				
Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz				
Leistungen nach Bundesversorgungsgesetz				
Leistungen des Lastenausgleichsamtes				
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II)				
Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III, z. B. Arbeitslosengeld, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungshilfe)				
Leistungen für Kinder (Kindergeld, Kinderzuschlag)				
Wird das Kindergeld an das Kind weitergegeben ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ausbildungsförderung				
Unterhalt				
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z. B. freie Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld, Leibrente)				

Fortsetzung zu 4.):

	1. Person		2. Person	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Monatl. Betrag Nicht monatl. gezahlte Leistungen bitte kennzeichnen	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens	Monatl. Betrag Nicht monatl. gezahlte Leistungen bitte kennzeichnen	Zahlung beantragt am, Aktenzeichen, Stand des Verfahrens
Kapitalerträge (z. B. Zinsen)				
Steuererstattungen				
Guthaben aus Abrechnungen (z.B. Nebenkostenerstattung im Rahmen von Wohnungsmiete)				
Wohngeld / Lastenzuschuss				
Leistungen nach Bundesversorgungsgesetz				
Sonstige Einkünfte				
<u>GESAMTBETRAG:</u>				

5. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge:
(nur soweit nicht bereits unter 4. berücksichtigt)

Ausgaben:	1. Person	2. Person
	Monatlicher Betrag:	Monatlicher Betrag:
Einkommenssteuer:	€	€
Priv. Krankenversicherung:	€	€
Priv. Pflegeversicherung:	€	€
Priv. Rentenversicherung:	€	€
Priv. Unfallversicherung:	€	€
Hausratversicherung:	€	€
Lebensversicherung:	€	€
Haftpflichtversicherung:	€	€
Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung:	€	€
GESAMT:	€	€
Aufwendungen für Fahrten zur Arbeitsstätte:	Km	Km

6. Vermögen:

	1. Person	2. Person
Kein Vermögen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Art des Vermögens:	1. Person Vermögenswert:	2. Person Vermögenswert:
Bargeld:	€	€
Bank- / Sparguthaben / Wertpapiere:	€	€
Forderungen:	€	€
Haus- / Wohnungseigentum:	€	€
Sonstiger Grundbesitz:	€	€
Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z.B. Wohnrecht pp.)		
Kraftfahrzeug (Wert):	€	€
Sonstiges Vermögen:	€	€
GESAMT:	€	€

Die gewährten Leistungen sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:

--

ERKLÄRUNG:

Ich versichere durch nachfolgende Unterschrift, dass der Antrag auf Grundsicherung vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt wurde. Angaben zu anderen Personen wurden mit Bevollmächtigung hierzu gemacht. Über die Folgen unrichtiger und / oder unvollständiger Angaben wurde ich auf Seite 1 des Antragsformulars belehrt.

Datum: _____

Unterschriften: _____