

Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Eingangsstempel

Für (Name der Person(en), die Sozialhilfe erhalten soll(en))
wird Sozialhilfe beantragt durch Gewährung von <input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt <input type="checkbox"/> Hilfe nach Kapitel 5 bis 9 SGB XII, und zwar in Form von (z.B. Hilfe bei Krankheit, Hilfe zur Weiterführung des Haushalts)
Nähere Begründung des Antrages, Ursache der Notlage:

Ausgegeben am:
Der/die Antragsteller(in) die nachfragende Person ist <input type="checkbox"/> Kriegsbeschädigte(r) oder Kriegshinterbliebene(r) <input type="checkbox"/> Ausländer(in), Staatenlose(r) oder Asylbewerber(in) <input type="checkbox"/> Vertriebene(r) oder Spätaussiedler(in) <input type="checkbox"/> _____

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 Verpflichtung zur Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I). Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

I. Persönliche Verhältnisse:	1. Person <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers a) des Antragstellers	2. Person <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers b) <input type="checkbox"/> des Ehegatten (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes
1. Name (ggf. Geburtsname angeben)		
2. Vornamen		
3. Geburtsdatum		
4. Geburtsort / Kreis		
5. Familienstand wenn geschieden: a) Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils b) Wurde eine Unterhaltsregelung getroffen?	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet Familienstand seit: _____ <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. Nachweise beifügen	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. Nachweise beifügen
6. Staatsangehörigkeit (ggf. aufenthaltsrechtl. Status)		
7. a) Postleitzahl, Wohnort		
b) Straße, Ortsteil, Nr.		
c) Telefon (freiwillig)		
8. a) Ausweispapiere		
b) Ausstellungstag u. -behörde		

9. Erwerbsgemindert oder arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, ggf. Begründung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, ggf. Begründung:
10. Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gültig bis: _____ Grad d. Beh. _____ % Merkzeichen: _____ Antrag gestellt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Gültig bis: _____ Grad d. Beh. _____ % Merkzeichen: _____ Antrag gestellt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Pflegebedürftig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad: _____
12. Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Mutterschaftspass beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Mutterschaftspass beifügen)
13. Benötigen Sie eine spezielle, kostenaufwändige Ernährung aus medizinischen Gründen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (fügen Sie bitte einen ärztlichen Nachweis bei)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (fügen Sie bitte einen ärztlichen Nachweis bei)

II. Familienverhältnisse: Weitere Personen in der Haushaltsgemeinschaft:

	1	2	3	4	5
Name (ggf. auch Geburtsname)					
Vorname					
Geburtsdatum					
Geburtsort					
Familienstand					
Verwandtschaftsverhält. z. Antragsteller					
Beruf					
Die folgenden Angaben sind bei der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nicht erforderlich:					
Arbeitgeber oder Art der Rente usw.					
Bargeld (in EUR)					
Spar- u. Bankguthaben (falls ja, Nachweise vorlegen)	<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
Haus- u. 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:					
Einkommen (mtl. netto)					
Kindergeld					
Unterhalt					
Erwerbseinkommen					
Renten					
Sonstiges					

III. Falls der Antragsteller ein nichteheliches Kind ist oder unter den Angehörigen bei Ziffer II ein nichteheliches Kind aufgeführt ist:

Name des Kindes			
Name des Vaters			
Anschrift des Vaters			
Name des Vormunds, Pflegers, Betreuers			
Anschrift d. Vormunds, Pflegers, Betreuers			
Zuständiges Vormundschaftsgericht			
Höhe des festgesetzten Unterhaltsbetrages pro Monat			
Datum und Aktenzeichen des Gerichts, Urteils, Beschlusses o.ä.			

IV. Unterhaltspflichtige Angehörige (Eltern, Kinder, getrennt lebender/geschiedener Ehegatte) außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

Keine Kinder vorhanden

Eltern verstorben

Name(ggf. Geburtsname) Vorname	Verwandtschafts- verhältnis zum Antragsteller	Beruf	Verfügen Ihre Eltern / Kinder über ein erhebliches Einkommen (ab 100.000 € jährlich)?
			<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 <input type="checkbox"/> nein

V. Einkommensverhältnisse (In- u. Ausland) des Antragstellers u. der im Haushalt lebenden 2. Person:

(Bei weiteren Haushaltsangehörigen bitte Zusatzblatt verwenden. Nachweis über Art und Höhe der Einkünfte z. B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung bzw. Bescheide über sonst. Sozialleistungen beifügen)

Art des Einkommens Monatlich EUR	Antragsteller (1. Person)	2. Person
Einkommen vorhanden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Arbeitnehmertätigkeit		
Gewerbe, Handel		
Miet-/Untermieteinnahmen		
Eink. aus Landwirtschaft od. Pachtvertrag		
Besteht Anspruch auf Austragsleistung		
Landwirtschaftl. Altersgeld		
Pensionen, Leibrenten u.ä.		
Kindergeld		
Krankengeld, Mutterschaftsgeld		
Unterhalt		
Lastenausgleich		
Renten nach dem BVG (z.B. Grund-, Ausgleichsrente)		
Renten aus der Sozialversicherung	<input type="checkbox"/> Altersrente _____ € <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente _____ € <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente _____ € <input type="checkbox"/> Knappschaftsrente _____ € <input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente _____ € <input type="checkbox"/> Unfallrente _____ € <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ €	<input type="checkbox"/> Altersrente _____ € <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsrente _____ € <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente _____ € <input type="checkbox"/> Knappschaftsrente _____ € <input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente _____ € <input type="checkbox"/> Unfallrente _____ € <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ €
Andere Renten (z.B. Betriebs- rente)		
Leistungen der Agentur für Arbeit (z.B. ALG I)		
Sonstige Einkünfte (z.B. Ehrenamtszuschale)		

VI. Sonstige Verhältnisse des Antragstellers und Angehöriger:

Heim- oder Anstaltsunterbringung und -entlassung in den letzten 2 Monaten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Name: _____
Wurden Leistungen bei einem anderen Sozialhilfeträger beantragt z.B. Bezirk Schwaben für ambulant betreutes Wohnen, Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, Behindertenfahrdienst	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Name: _____
Bestanden Aufenthalts- und/oder Erwerbszeiten im Ausland?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Name: _____ Falls ja, bitte Anlage „Ausland“ ausfüllen.

VII. Kosten der Unterkunft

1. Miete (Mietvertrag mit evtl. Änderung ist beizulegen)

Zahl der Personen in der Wohnung	Personen	Wohnfläche:	m ²
Gesamtkosten der Unterkunft:		EUR	
davon Kaltmiete:		EUR	
Betriebskosten:		EUR	
Heizkosten:		EUR	
Sind in den angegebenen Heizkosten Kosten für die Warmwasserbereitung enthalten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Erhalten Sie Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz? <input type="checkbox"/> ja; bis zum _____ i.H.v. mtl. _____ EUR			
<input type="checkbox"/> nein; wurde Wohngeld beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

2. Haus-/Wohnungseigentum

Bewohnen Sie ein Ihnen gehörendes Haus-/Wohnungseigentum? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Soweit Sie Haus-/Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten / Belastungen vorzulegen und das Formblatt zur Haus- und Ertragsberechnung auszufüllen (wird auf Anfrage ausgehändigt).

VIII. Versicherungen

Legen Sie bitte jeweils die Versicherungspolice vor.

Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei
Höhe der Versicherungssumme	_____ EUR, fällig am:
Höhe des aktuellen Rückkaufwertes	_____ EUR
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei
	Beitragshöhe: _____ EUR
	Zahlungsweise:
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei
	Beitragshöhe: _____ EUR
	Zahlungsweise:
Sonstige Versicherungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei
	Beitragshöhe: _____ EUR
	Zahlungsweise:

IX. Nicht geklärte Ansprüche

Hat der Antragsteller oder ein Angehöriger noch nicht entschiedene Ansprüche, aus denen er noch keine Leistungen erhält:
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> aus dem Lastenausgleich (LAG)
<input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung (z.B. Kranken-, Renten-, Arbeitslosen-, Pflege-, Unfallversicherung)
<input type="checkbox"/> als Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigter
<input type="checkbox"/> aus Unterhalt (z.B. Ehegattentrennungs-/scheidungsunterhalt, Kindes-, Verwandtenunterhalt)
<input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund:
Wenn ja: Wann und wo wurde der Antrag gestellt?

X. Sonstiges

1. Bei welcher Kranken-/Pflegekasse sind Sie versichert?	Name der Kasse:
	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> Privat
	Monatlicher Beitrag: EUR
2. Besteht ein Beihilfeanspruch ggü. dem Dienstherrn (z.B. als Beamter, Pensionär)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Beihilfeberechtigte/r: Beihilfestelle:
3. Liegt ein Impfschaden vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Sind Sie Opfer eines Verkehrsunfalles?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. Fahrtkosten zum Arbeitsplatz	EUR - einf. Entfernung zum Arbeitsplatz km
7. Steht eine Person unter Betreuung? (ggf. Betreuerausweis vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche Person? Name u. Anschrift Betreuer:

XI. Vermögenswerte im In- und Ausland (Bei weiteren Haushaltsangehörigen bitte Zusatzblatt beifügen. Bei Antrag auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist das Zusatzblatt nicht erforderlich.)

Antragsteller	2. Person
1. Girokonten und Sparanlagen: <input type="checkbox"/> Ich habe keine Girokonten oder Sparanlagen <input type="checkbox"/> Ich habe Girokonten und Sparanlagen bei Bankinstitut und Kontonummer Betrag Bankinstitut und Kontonummer Betrag	1. Girokonten und Sparanlagen: <input type="checkbox"/> Ich habe keine Girokonten oder Sparanlagen <input type="checkbox"/> Ich habe Girokonten und Sparanlagen bei Bankinstitut und Kontonummer Betrag Bankinstitut und Kontonummer Betrag
2. Bargeld <input type="checkbox"/> Ich verfüge über kein Bargeld <input type="checkbox"/> Ich verfüge über Bargeld i.H.v. Betrag	2. Bargeld <input type="checkbox"/> Ich verfüge über kein Bargeld <input type="checkbox"/> Ich verfüge über Bargeld i.H.v. Betrag
3. Haus- und Grundbesitz <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Haus- oder Grundbesitz <input type="checkbox"/> Ich habe folgenden Haus- oder Grundbesitz:	3. Haus- und Grundbesitz <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Haus- oder Grundbesitz <input type="checkbox"/> Ich habe folgenden Haus- oder Grundbesitz:
4. Vertraglich gesicherte Ansprüche <input type="checkbox"/> Ich habe keine vertragl. ges. Ansprüche gegen Dritte <input type="checkbox"/> Ich habe folgende vertragl. ges. Ansprüche: (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung und Pflege, Verköstigung, Taschengeld) - Vertragskopie beifügen	4. Vertraglich gesicherte Ansprüche <input type="checkbox"/> Ich habe keine vertragl. ges. Ansprüche gegen Dritte <input type="checkbox"/> Ich habe folgende vertragl. ges. Ansprüche: (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung und Pflege, Verköstigung, Taschengeld) - Vertragskopie beifügen
5. Sonstige Vermögenswerte <input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen <input type="checkbox"/> Ich habe sonstige Vermögenswerte (Nachweis/e beifügen) <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wertpapiere <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ansprüche gegen Dritte wegen Rückzahlung Darlehen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bausparverträge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wertgegenstände (z.B. Schmuck, Gemälde, Möbel) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	5. Sonstige Vermögenswerte <input type="checkbox"/> Ich habe kein sonstiges Vermögen <input type="checkbox"/> Ich habe sonstige Vermögenswerte (Nachweis/e beifügen) <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wertpapiere <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ansprüche gegen Dritte wegen Rückzahlung Darlehen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Bausparverträge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wertgegenstände (z.B. Schmuck, Gemälde, Möbel) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z.B. Haus-/Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere) veräußert, übergeben, verschenkt oder wurde auf vertragliche Ansprüche verzichtet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben	6. Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z.B. Haus-/Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere) veräußert, übergeben, verschenkt oder wurde auf vertragliche Ansprüche verzichtet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben

