

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII

- Hilfe zum Lebensunterhalt** ausgegeben am:
- Grundsicherung im Alter und bei dauernder Erwerbsminderung** eingegangen am:
- Hilfe zur Gesundheit** (z.B. Krankenhilfe)
- Hilfe zur Pflege** (z.B. Erstattung der Aufwendungen einer Pflegeperson, Pflegegeld etc. – bitte Anlage 1 beachten!)
- Hilfe in anderen Lebenslagen** (z.B. Weiterführung des Haushaltes)

Antragsbegründung / Bemerkungen:

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen über Sie und Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Ihre Unterschrift bzw. der Ihres gesetzlichen Vertreters zu bestätigen. Die Datenerhebung 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 ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I).

I. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen	Nachfragende Person Antragsteller(in) 1	<input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2
Name (Geburtsname), Vorname		
Geburtsdatum, -ort		
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort		
Adresse vor Aufnahme in die betreute Wohnform		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr. lbd. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getr. lbd. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft seit:
Staatsangehörigkeit(en)	(Ausweiskopie beifügen!)	(Ausweiskopie beifügen!)
(Spät-)Aussiedler(in)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Nachweis beifügen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Nachweis beifügen!)
Einreise aus dem Ausland	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ aus _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ aus _____
Telefonnummer (freiwillig)		
Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r)	(Betreuerausweis/Bevollmächtigung beifügen!)	(Betreuerausweis/Bevollmächtigung beifügen!)
derzeitige Tätigkeit		
Arbeitslosigkeit * volle Erwerbsminderung * <small>* nur bei Personen unter 65 Jahren!</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> auf Dauer <input type="checkbox"/> befristet bis _____ (Nachweise beifügen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> auf Dauer <input type="checkbox"/> befristet bis _____ (Nachweise beifügen!)
Schwerbehinderung <small>(Kopie des Ausweises beifügen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, GdB von _____ % gültig bis: _____ Merkzeichen: _____ Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, GdB von _____ % gültig bis: _____ Merkzeichen: _____ Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Beihilfe/Zusatzvers. <input type="checkbox"/> familienversichert über (Name des Versicherten): _____ _____ bei folgender Krankenkasse (Name, Anschrift) Krankenvers.Nr.: _____ Höhe des mtl. Beitrages: _____ <small>(nur bei freiwilliger/privater Krankenvers. – Nachweis beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Beihilfe/Zusatzvers. <input type="checkbox"/> familienversichert über (Name des Versicherten): _____ _____ bei folgender Krankenkasse (Name, Anschrift) Krankenvers.Nr.: _____ Höhe des mtl. Beitrages: _____ <small>(nur bei freiwilliger/privater Krankenvers. – Nachweis beifügen)</small>

II. Personen, mit denen die nachfragende Person in einer Haushaltsgemeinschaft lebt, soweit nicht bereits unter Ziffer I. angegeben:

Bei mehr als drei Personen bitte Beiblatt verwenden!	Haushaltsangehöriger Nr. 1	Haushaltsangehöriger Nr. 2	Haushaltsangehöriger Nr. 3
Name (Geburtsname), Vorname			
Geburtsdatum, -ort			
Familienstand			
Staatsangehörigkeit(en)			
(Spät-)Aussiedler(in)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Nachweis beifügen)
Verwandtschaft/Beziehung zur nachfragenden Person			
derzeitige Tätigkeit			
Name, Anschrift des Arbeitgebers			
Jahreseinkommen über 100.000 EUR?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Arbeitslosigkeit * volle Erwerbsminderung * <small>*nur bei Personen unter 65 Jahren!</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> auf Dauer <input type="checkbox"/> befristet bis _____ <small>(Nachweise beifügen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> auf Dauer <input type="checkbox"/> befristet bis _____ <small>(Nachweise beifügen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ <input type="checkbox"/> auf Dauer <input type="checkbox"/> befristet bis _____ <small>(Nachweise beifügen!)</small>
Schwerbehinderung <small>(Kopie des Ausweises beifügen!)</small>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, GdB _____ % gültig bis: _____ Merkzeichen: _____ Antrag <input type="checkbox"/> nein gestellt? <input type="checkbox"/> ja, am _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, GdB _____ % gültig bis: _____ Merkzeichen: _____ Antrag <input type="checkbox"/> nein gestellt? <input type="checkbox"/> ja, am _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, GdB _____ % gültig bis: _____ Merkzeichen: _____ Antrag <input type="checkbox"/> nein gestellt? <input type="checkbox"/> ja, am _____
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillig vers. <input type="checkbox"/> privat vers. <input type="checkbox"/> Beihilfe/Zusatzv. <input type="checkbox"/> familienvers. über (Name des Vers.): _____ bei folgender Krankenkasse <small>(Name, Anschrift)</small> Krankenvers.Nr.: _____ Höhe des mtl. Beitrages: _____ <small>(nur bei freiw./privater KV – Nachweis beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillig vers. <input type="checkbox"/> privat vers. <input type="checkbox"/> Beihilfe/Zusatzv. <input type="checkbox"/> familienvers. über (Name des Vers.): _____ bei folgender Krankenkasse <small>(Name, Anschrift)</small> Krankenvers.Nr.: _____ Höhe des mtl. Beitrages: _____ <small>(nur bei freiw./privater KV – Nachweis beifügen)</small>	<input type="checkbox"/> pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillig vers. <input type="checkbox"/> privat vers. <input type="checkbox"/> Beihilfe/Zusatzv. <input type="checkbox"/> familienvers. über (Name des Vers.): _____ bei folgender Krankenkasse <small>(Name, Anschrift)</small> Krankenvers.Nr.: _____ Höhe des mtl. Beitrages: _____ <small>(nur bei freiw./privater KV – Nachweis beifügen)</small>

III. Leistungen für besondere Mehrbedarfe
Unter bestimmten Voraussetzungen können Leistungen für Mehrbedarfe erbracht werden, die nicht durch den Regelsatz abgedeckt sind. Dies gilt für alle Personen innerhalb der Haushaltsgemeinschaft.

Folgende Person innerhalb der Haushaltsgemeinschaft

ist schwanger. **Name, Vorname:** _____ (Kopie des Mutterpasses beifügen)

ist über 15 Jahre alt und gehört zum Personenkreis der behinderten Menschen und erhält Leistungen der Eingliederungshilfe zur angemessenen Schulbildung/Schulausbildung/Ausbildung nach § 54 Abs. 1 Nr. 1-3 SGB XII.
Name, Vorname: _____ (Kopie des Bewilligungsbescheides der Eingliederungshilfeleistungen beifügen)

bedarf aus medizinischen Gründen einer kostenaufwändigen Ernährung.
Name, Vorname: _____ (vorhandenes Attest beifügen, amtsärztliches Gutachten wird von hier aus angefordert)

IV. Unterhaltspflichtige <u>außerhalb des Haushaltes</u> (Kinder mit eigenem Hausstand, Eltern)				
Bei mehr als vier Personen bitte Beiblatt verwenden!	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Name (Geburtsname), Vorname				
Geburtsdatum				
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort				
Familienstand				
Verwandtschaft/Beziehung zur nachfragenden Person				
derzeitige Tätigkeit				
Jahreseinkommen des Kindes/der Eltern über 100.000 EUR?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt

V. Unterhaltsansprüche der nachfragenden Person gegenüber geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten bzw. Partner einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft (LP)
Name geschied./getr. lebende Ehegatte/Partner(in) einer aufgehobenen LP: _____
Die Ehe/LP wurde geschieden/aufgehoben mit Urteil des Amtsgerichts _____ vom _____ (Urteil beifügen)
<input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche wurden bereits geltend gemacht, noch kein Titel vorhanden (Nachweise, z.B. Zahlungsaufforderungen beifügen)
<input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche sind festgesetzt und tituliert (vollstreckbarer Unterhaltstitel) (vollstreckbare Urkunde beifügen)
<input type="checkbox"/> Unterhalt wird in der festgesetzten Höhe gezahlt (Nachweis über die Höhe beifügen)
<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet (Ehevertrag bzw. notarielle Urkunde beifügen)
<input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche wurden bei der Trennung/Scheidung/Aufhebung der LP nicht geregelt und sind bislang nicht geltend gemacht worden (bitte Anlage UH ausfüllen)

VI. Wovon wurde der Lebensunterhalt der unter Ziff. I genannten Personen (nachfragende Person und Ehegatte bzw. Lebenspartner(in) / Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft) in den letzten drei Jahren vor der Antragstellung bestritten?				
Nachfragende Person		Tätigkeit als:	zahlende Person / Stelle / Arbeitgeber:	Grund des Wegfalls des Einkommens: (z.B. Kündigung, Krankheit etc.)
Zeitraum von _____ bis _____ von _____ bis _____	Einkommen aus: <input type="checkbox"/> nichtselbständiger Arbeit <input type="checkbox"/> selbständiger Arbeit <input type="checkbox"/> Sozialleistungen (Arbeitslosengeld I, Krankengeld etc.) <input type="checkbox"/> _____			
Ehegatte / Lebenspartner(in) / Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft		Tätigkeit als:	zahlende Person / Stelle / Arbeitgeber:	Grund des Wegfalls des Einkommens: (z.B. Kündigung, Krankheit etc.)
Zeitraum von _____ bis _____ von _____ bis _____	Einkommen aus: <input type="checkbox"/> nichtselbständiger Arbeit <input type="checkbox"/> selbständiger Arbeit <input type="checkbox"/> Sozialleistungen (Arbeitslosengeld I, Krankengeld etc.) <input type="checkbox"/> _____			

VII. Kosten der Unterkunft

<input type="checkbox"/> Miete (Mietvertrag und Mietbescheinigung sowie Mietquittungen der letzten drei Monate beifügen)-			
Zahl der Personen in der Wohnung:	Person(en)	Gesamtwohnfläche:	qm
Gesamtkosten der Unterkunft:		EUR	
Die Miete setzt sich zusammen aus:	Grundmiete:	EUR	
letzte Nebenkostenabrechnung beifügen	Nebenkostenvorauszahlung:	EUR	
letzte Heizkostenabrechnung beifügen	Heizkostenvorauszahlung:	EUR	
In der Gesamtmiete sind Kosten für Garage/Stellplatz enthalten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, i.H.v. _____	EUR
In der Gesamtmiete sind Kosten für Warmwasserbereitung enthalten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, i.H.v. _____	EUR
Heizmaterial wird selbst besorgt bzw. die Wohnung wird mit Nachtspeicheröfen beheizt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Die Warmwasserbereitung erfolgt mittels Stromboiler/Durchlauferhitzer?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Ist ein Teil des Wohnraumes untervermietet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Höhe der Untermiete	EUR (Nachweis beifügen)
<input type="checkbox"/> Haus-/ Wohnungseigentum (gesonderte Aufstellung aller Kosten wie Zins/Tilgung, öffentliche Abgaben, Grundsteuer, Hausgeld, Versicherungen etc. beifügen)			
Zahl der Bewohner:	Person(en)	Gesamtwohnfläche:	qm
		Grundstücksfläche:	qm
mtl. Gesamtkosten der Unterkunft:		EUR (Zusammensetzung laut gesonderter Aufstellung) Grundbuchauszug beifügen!	

VIII. Einkommensverhältnisse der nachfragenden Person und aller Haushaltsangehörigen (Nachweise beifügen)

Lohnabrechnungen, Steuer- und Rentenbescheide sowie sonstige Nachweise sind beizufügen!	Nachfragende Person	Ehegatte bzw. LP/Partner(in)	HHAngehöriger Nr. 1	HHAngehöriger Nr. 2	HHAngehöriger Nr. 3
Kein eigenes Einkommen	<input type="checkbox"/> Wenn zutreffend, bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> Wenn zutreffend, bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> Wenn zutreffend, bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> Wenn zutreffend, bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> Wenn zutreffend, bitte ankreuzen
Einkommen aus nichtselbständiger Tätigkeit (auch WfbM)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Einkommen aus selbständiger Tätigkeit	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Renten / Pension	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Leistungen der ARGE nach dem SGB II	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Leistungen der Arbeitsagentur nach dem SGB III	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Wohngeld	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Leistungen der Krankenkasse, z.B. Krankengeld	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Mutterschafts-/ Erziehungs-/ Elterngeld)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Kindergeld/Kinderzuschlag	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Leistungen nach dem LAG / Bundesversorgungsgesetz	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Leistungen zur Ausbildungsförderung (Bafög, BAB)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Einkünfte aus Kapitalvermögen (Dividenden, Zinsen etc.)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
sonstige Einkünfte	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Art:					

Vom Einkommen absetzbare Beträge	Nachfragende Person	Ehegatte bzw. LP/Partner(in)	HHAngehöriger Nr. 1	HHAngehöriger Nr. 2	HHAngehöriger Nr. 3
Fahrtkosten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte (letzten Steuerbescheid beifügen!)	Verkehrsmittel: _____ einfache Entfernung: _____ km	Verkehrsmittel: _____ einfache Entfernung: _____ km	Verkehrsmittel: _____ einfache Entfernung: _____ km	Verkehrsmittel: _____ einfache Entfernung: _____ km	Verkehrsmittel: _____ einfache Entfernung: _____ km
Aufwendungen für Arbeitsmittel (Nachweise beifügen)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Beiträge zu Berufsverbänden (letzte Rechnung beifügen)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
private Haftpflichtversicherung (letzte Rechnung beifügen)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Hausratversicherung (letzte Rechnung beifügen)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Unfallversicherung (letzte Rechnung beifügen)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
sonstige Versicherung (letzte Rechnung beifügen)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
sonstiges (Nachweise beifügen)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR

IX. Vermögensverhältnisse der nachfragenden Person und aller Haushaltsangehörigen
(Nachweise über Art und Höhe sämtlicher Vermögenswerte beifügen)

Grundbuchauszüge, Sparbücher, Jahreskontoauszüge etc. sind vorzulegen!	Nachfragende Person	Ehegatte bzw. LP/Partner(in)	HHAngehöriger Nr. 1	HHAngehöriger Nr. 2	HHAngehöriger Nr. 3
Kein Vermögen vorhanden	<input type="checkbox"/> Wenn zutreffend, bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> Wenn zutreffend, bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> Wenn zutreffend, bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> Wenn zutreffend, bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> Wenn zutreffend, bitte ankreuzen
Bargeld / Girokontoguthaben	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Sparguthaben (Sparbuch, Sparbrief etc.)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Wertpapiere (aktuellen Depotauszug beifügen)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Bausparvertrag (Jahreskontoauszug beifügen)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Vertrag beifügen)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Forderungen gegen Dritte	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Lebensversicherungen (Police und Bestätigung über den Rückkaufswert beifügen)	Rückkaufswert: EUR	Rückkaufswert: EUR	Rückkaufswert: EUR	Rückkaufswert: EUR	Rückkaufswert: EUR
Hauseigentum (nicht selbst bewohnt, Grundbuchauszug!)	Wert: EUR	Wert: EUR	Wert: EUR	Wert: EUR	Wert: EUR
sonstiger Grundbesitz (Grundbuchauszug beifügen)	Wert: EUR	Wert: EUR	Wert: EUR	Wert: EUR	Wert: EUR
Kraftfahrzeuge (Kopie Fahrzeugschein beifügen)	Marke: _____ km-Stand: _____	Marke: _____ km-Stand: _____	Marke: _____ km-Stand: _____	Marke: _____ km-Stand: _____	Marke: _____ km-Stand: _____
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z.B. Wohnrecht)	Wert: EUR	Wert: EUR	Wert: EUR	Wert: EUR	Wert: EUR
sonstiges Vermögen: Art:	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR

Vermögensübertragungen					
Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag)	<input type="checkbox"/> ja, ohne Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe Vertrag <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ohne Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe Vertrag <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ohne Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe Vertrag <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ohne Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe Vertrag <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ohne Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe Vertrag <input type="checkbox"/> nein
Zeitpunkt, Art und Wert des Vermögensübertrags (Nachweise beifügen)					

Schulden (Kreditverträge und ähnliches sowie Nachweise über die monatlichen Zins- und Tilgungsleistungen beifügen)					
Kreditbetrag EUR	Zins/Tilgung mtl. EUR	Zins/Tilgung mtl. EUR	Zins/Tilgung mtl. EUR	Zins/Tilgung mtl. EUR	Zins/Tilgung mtl. EUR
Kreditbetrag EUR	Zins/Tilgung mtl. EUR	Zins/Tilgung mtl. EUR	Zins/Tilgung mtl. EUR	Zins/Tilgung mtl. EUR	Zins/Tilgung mtl. EUR

X. Die zu gewährenden Geldleistungen sollen überwiesen werden an:

Kontoinhaber		Name und Sitz der Bank	
Bankleitzahl (BIC)		Kontonummer (IBAN)	

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

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erbrachte Hilfe zurückzahlen muss und dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. auf Unterhalt) auf den Träger der Sozialhilfe übergehen und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. Rente) geltend gemacht werden.

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, Krankenhausaufenthalte 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.

Nach Aufklärung über den Umfang, den Zweck und die Tragweite meiner Erklärungen erteile ich die Einwilligung zu allen erforderlichen Maßnahmen, soweit diese für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich sind.

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte –auch die während meines letzten Krankenhausaufenthaltes- von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe, soweit dies für die Entscheidung über die beantragte Hilfe erforderlich ist.

Ich ermächtige den Träger der Sozialhilfe, Akten anderer Sozialleistungsträger einzusehen, von denen ich Leistungen erhalte, erhalten oder beantragt habe.

Ort, Datum	Unterschrift der nachfragenden Person oder seines/ ihres gesetzlichen Vertreters	Unterschrift Ehegatte / eingetragene(r) Lebenspartner(in) / Lebensgefährtin(e)	Unterschrift aufnehmende(r) Beamter(in) / Angestellte (r)

Nicht vom Antragsteller auszufüllen!

Der Antrag auf Leistungen ist hier am _____ aufgenommen worden. eingegangen.
Damit wurde hier bekannt, dass ggf. die Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfe vorliegen.
Die Angaben wurden geprüft. Die einschlägigen Nachweise wurden – soweit sie nicht beiliegen - eingesehen.

Urschriftlich mit _____ Belegen an

_____ **weitergeleitet mit folgender Stellungnahme:**
(soweit Angaben im Antrag der Ergänzung / Erklärung bedürfen, z.B. aus Kenntnis der privaten und wirtschaftlichen Verhältnisse, bitte ggf. gesondertes Blatt verwenden)

Ort, Datum Stempel, Unterschrift

Bestätigung der Meldebehörde: (Stadt/ Gemeinde/Verwaltungsgemeinschaft)

Die im Sozialhilfeantrag aufgeführte nachfragende Person und die weiteren angegebenen Personen der Haushaltsgemeinschaft ist / sind unter der genannten Adresse gemeldet und hält / halten sich hier auf.

Folgende weitere Person(en) ist / sind unter der im Antrag genannten Adresse gemeldet und hält / halten sich hier auf: (Name, Vorname, Geburtsdatum und seit wann die Person hier gemeldet ist angeben)

Ort, Datum Stempel, Unterschrift