

**Hinweise:**

Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Sozialhilfeleistungen entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen.

Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihrer gesetzlichen Vertretung auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (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 SGB I. Sofern Sie dieser Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

**1. persönliche Angaben**

<b>1.1 Aktuelle Angaben</b>	<b>antragstellende Person 1</b>	<b>antragstellende Person 2</b>
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> Ehepartner*in (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> eingetragene*r Lebenspartner*in <input type="checkbox"/> nichteheliche*r Lebensgefährte*in <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>
<b>Name</b>		
<b>Vorname</b>		
<b>Ggf. Geburtsname</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Geburtsort</b>		
<b>Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden  <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> nichteheliche Lebensgemeinschaft seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden  <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> nichteheliche Lebensgemeinschaft seit:
<b>Staatsangehörigkeit</b>		
<b>Aufenthaltsrechtlicher Status</b>	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer*in <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte*r <input type="checkbox"/> Sonstiger Status: _____	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer*in <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte*r <input type="checkbox"/> Sonstiger Status: _____
<b>Aktuelle Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)</b>		
<b>aktuelle Wohn-, Aufenthaltsverhältnisse</b>	<input type="checkbox"/> eigene/ gemeinsame Wohnung <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> besondere Wohnform/ Einrichtung, dann bitte noch angeben: Datum des Einzugs: _____ Adresse/ Aufenthalt vor Einzug: _____	<input type="checkbox"/> eigene/ gemeinsame Wohnung <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> besondere Wohnform/ Einrichtung, dann bitte angeben: Datum des Einzugs: _____ Adresse/ Aufenthalt vor Einzug: _____

<b>Telefon-Nr. (freiwillig)</b>		
<b>Steuer- Identifikations-Nr. (freiwillig)</b>		
<b>Renten- versicherungs-Nr.</b>		
<b>Vertretungs- berechtigte Person (Name, Anschrift)</b>	<input type="checkbox"/> nein, nicht vorhanden <input type="checkbox"/> ja, durch Vollmacht/Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ja, als vom Amtsgericht bestellte Betreuungsperson	<input type="checkbox"/> nein, nicht vorhanden <input type="checkbox"/> ja, durch Vollmacht/Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ja, als vom Amtsgericht bestellte Betreuungsperson
Kopie des Nachweises z.B. Bestellungsurkunde beifügen		
<b>Besteht Erwerbsminderung?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Einschränkung der Arbeitskraft <input type="checkbox"/> ja, volle, dauerhafte Erwerbsminderung (Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Einschränkung der Arbeitskraft <input type="checkbox"/> ja, volle, dauerhafte Erwerbsminderung (Nachweis beifügen)
<b>Schwerbehinderten- ausweis?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: _____ % gültig bis: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: _____ % gültig bis: _____
(Kopie des Ausweises beifügen)		
<b>Merkzeichen Schwerbehinderung</b>	SB-Ausweis: Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	SB-Ausweis: Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Teilnahme am Mittagessen in einer WfbM</b>	Wenn Sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem vergleichbaren Träger tätig sind:  Nehmen Sie regelmäßig am Mittagessen teil? <input type="checkbox"/> ja, _____ Arbeitstage pro Woche <input type="checkbox"/> nein	Wenn Sie in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem vergleichbaren Träger tätig sind:  Nehmen Sie regelmäßig am Mittagessen teil? <input type="checkbox"/> ja, _____ Arbeitstage pro Woche <input type="checkbox"/> nein
(Bestätigung des Anbieters beifügen)		
<b>Besteht eine Schwangerschaft?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____ (Nachweis vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____ (Nachweis vorlegen)
<b>Sind Sie allein erziehend?</b>	<input type="checkbox"/> ja >> bitte Namen und Geburtsdaten der minderjährigen Kinder in Ihrem Haushalt angeben! <input type="checkbox"/> nein	
<b>Benötigen Sie eine kostenaufwändigere Ernährung?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aus krankheits- oder behinderungs- bedingten Gründen ⇒ ärztliche Bescheinigung beifügen!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aus krankheits- oder behinderungs- bedingten Gründen ⇒ ärztliche Bescheinigung beifügen!

**weitere Personen im Haushalt - Bei mehr als vier Personen bitte auf gesondertem Blatt ergänzen!**

	<b>antragstellende Person 3</b>	<b>antragstellende Person 4</b>
	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
<b>Name</b>		
<b>Vorname</b>		
<b>Ggf. Geburtsname</b>		

<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Geburtsort</b>		
<b>Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden  <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> nichteheliche Lebensgemeinschaft seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden  <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> nichteheliche Lebensgemeinschaft seit:
<b>Staatsangehörigkeit</b>		
<b>Aufenthaltsrechtlicher Status</b>	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer*in <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte*r <input type="checkbox"/> Sonstiger Status: _____	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer*in <input type="checkbox"/> Kriegs- oder Bürgerkriegsflüchtling <input type="checkbox"/> Asylberechtigte*r <input type="checkbox"/> Sonstiger Status: _____
<b>vertretungsberechtigte Person (Name, Anschrift)</b>	<input type="checkbox"/> nein, nicht vorhanden <input type="checkbox"/> ja, durch Vollmacht/Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ja, als vom Amtsgericht bestellte Betreuungsperson	<input type="checkbox"/> nein, nicht vorhanden <input type="checkbox"/> ja, durch Vollmacht/Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ja, als vom Amtsgericht bestellte Betreuungsperson
Kopie des Nachweises z.B. Bestellsurkunde beifügen		
<b>Telefon-Nr. (freiwillig)</b>		
<b>Rentenversicherungs-Nr.</b>		
<b>Steuer-Identifikations-Nr. (freiwillig)</b>		
<b>Besteht Erwerbsminderung?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Einschränkung der Arbeitskraft <input type="checkbox"/> ja, volle, dauerhafte Erwerbsminderung (Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Einschränkung der Arbeitskraft <input type="checkbox"/> ja, volle, dauerhafte Erwerbsminderung (Nachweis beifügen)
<b>Schwerbehindertenausweis?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: _____ %  gültig bis: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am: <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: _____ %  gültig bis: _____
(Kopie des Ausweises beifügen)		
<b>Merkzeichen Schwerbehinderung</b>	SB-Ausweis: Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	SB-Ausweis: Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Bei Tätigkeit in WfbM / gleichartigem Angebot (Bestätigung des Anbieters)</b>	Teilnahme am Mittagessen? <input type="checkbox"/> ja, _____ Arbeitstage pro Woche <input type="checkbox"/> nein	Teilnahme am Mittagessen? <input type="checkbox"/> ja, _____ Arbeitstage pro Woche <input type="checkbox"/> nein
<b>Besteht eine Schwangerschaft?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____ (Nachweis erforderlich)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche: _____ (Nachweis erforderlich)
<b>Benötigen Sie eine kostenaufwändigere Ernährung?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aus krankheits- oder behinderungsbedingten Gründen ⇒ ärztliche Bescheinigung beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aus krankheits- oder behinderungsbedingten Gründen ⇒ ärztliche Bescheinigung beifügen

**1.2 frühere Aufenthaltsverhältnisse**

<input type="checkbox"/> alle Personen <input type="checkbox"/> Person _____ Zugezogen am: _____	Zuzug einzelner Personen: Person _____ am _____ Person _____ am _____
--	---

<b>Wurde bereits Sozialhilfe geleistet?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vom Sozialamt in _____ bis _____
---	---

**Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor der Beantragung der Hilfe**  
(ggf. Aufenthalt in einer Einrichtung, z.B. Krankenhaus, Heim, Justizvollzugsanstalt)

von – bis	In (Zeiten, Orte, lückenlos angeben)	Stationäre Einrichtung	Übergangseinrichtung
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kostenträger des letzten Aufenthaltes in einer Einrichtung: \_\_\_\_\_

Falls bereits aus der Einrichtung entlassen, Tag der Entlassung: \_\_\_\_\_

**Bei Geburt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, Einreise aus dem Ausland und Hilfebedürftigkeit innerhalb eines Monats nach Einreise**

Name, Vorname, Tag und Ort der Einreise: \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Tag und Ort der Einreise: \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Tag und Ort der Einreise: \_\_\_\_\_

**Sind Angehörige durch Kriegereignisse gefallen, vermisst bzw. verstorben oder in Ausübung des Wehr-/Zivildienstes, durch Gewalttaten, durch Impfschäden geschädigt bzw. verstorben?  
Sind Angehörige von rechtsstaatswidrigen Entscheidungen der ehemaligen DDR betroffen?**

Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis, letzter Familienstand: \_\_\_\_\_

Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis, letzter Familienstand: \_\_\_\_\_

**2. Unterhalt**

**Angaben zu weiteren Angehörigen außerhalb des Haushalts**

Es sind keine Angehörigen vorhanden  
(hierzu zählen: Kinder, Adoptivkinder, Eltern, geschiedene/ getrenntlebende Ehepartner\*innen oder Lebenspartner\*innen)

Es sind nachfolgende Personen vorhanden:

	Person 1	Person 2	Person 3
<b>Name, Vorname</b>			

<b>Beruf</b>			
<b>Geburtsdatum</b>			
<b>Verwandtschaftsverhältnis zur antragstellenden Person</b>			
<b>Anschrift</b>			

<b>Bestehen Unterhaltsansprüche gegen eine Person?</b> (z. B. geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten*innen oder Partner*innen einer Lebenspartnerschaft)	<input type="checkbox"/> Nein, Grund: <input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <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  (bitte vollstreckbaren Titel oder Urkunde beifügen)
--	--

**3. Fragen zur Bedarfsfeststellung**

**3.1 monatliche Kosten der Unterkunft und Heizung** (bitte Mietvertrag und vorh. Abrechnungen vorlegen)  
**Nur auszufüllen von Personen, die nicht in einer stationären (Pflege-)Einrichtung leben!**

<b>Zahl der Personen im Haushalt</b>	<b>Wohnfläche:</b> qm,	<b>Anzahl der Räume:</b>
<b>Mieter der Wohnung/ Räumlichkeiten</b>		
<b>Vermieter*in</b> (Name, Anschrift, ggf. Geschäftszeichen)		
<b>Kosten der Unterkunft (monatlich)</b> Kaltmiete: Euro Nebenkosten (ohne Heizung): Euro	<b>Gesamtunterkunftskosten</b> (nur im gemeinschaftl. Wohnen/ Wohnform) Euro	
<b>Monatliche Vorauszahlung für Heizung</b>  (ggf. Kunden-Nr. angeben)	Euro, <input type="checkbox"/> ohne Warmwasserbereitstellung <input type="checkbox"/> mit Warmwasserbereitstellung für: <input type="checkbox"/> Bad <input type="checkbox"/> Küche zu zahlen an:	
<b>Heizungsart</b>	<input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelöfen	
<b>Energieart</b>	<input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Nachtstrom <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Haushaltsstrom <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
<b>Energieausweis für Immobilie?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Nachweis beifügen)	
<b>Wurden die Wohnung/ Räume möbliert gemietet?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, anfallende Kosten: Euro	
<b>Einnahmen aus Untervermietung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, entstehende Einnahmen: Euro für : <input type="checkbox"/> Zimmer <input type="checkbox"/> möbliert <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> leer	
<b>Wohngeldbezug Miet-/Lastenzuschuss</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, monatlicher Betrag: Euro, bewilligt bis:	

**3.2 selbstgenutztes Haus-/ Wohneigentum**

Soweit Sie Haus-/ Wohnungseigentum selbst bewohnen, ist eine Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und nachzuweisen! Es werden zur Bewertung des Haus- und Wohneigentums ggf. noch weitere Angaben und Unterlagen benötigt.

**3.3 Kranken- / Pflegeversicherung** (Bitte Nachweise beifügen, bei privater Versicherung unbedingt Leistungsumfang darlegen!)

	Name der Kranken- und Pflegeversicherung	Versicherungs-Nr.	Art der Versicherung	Mitgliedschaft von - bis
Person 1			<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert	
Person 2			<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert	
Person 3			<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert	
Person 4			<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert	

**4. Einkommen** (Bitte ggf. Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen!  
(z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung für 12 Monate)

	1. Person	2. Person	Weitere Person
<input type="checkbox"/> Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass mein Partner/ meine Partnerin und ich <b>keine Einnahmen</b> erhalten.			
Einkommensart/ Leistung:	Monatlicher Betrag in Euro	Monatlicher Betrag in Euro	Monatlicher Betrag in Euro
Arbeitseinkommen aus nichtselbständiger Tätigkeit			
Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit			
Einkommen aus Tätigkeit in einer WfbM/ vergleichbarem Angebot			
Altersrente			
Pension / Versorgungsbezüge			
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente (zusätzl. Erstbescheid erforderlich)			
Unfallrente			
Betriebsrente/ Werksrente			
Zusatzrente /Privatrente			
Auslandsrente (wenn ja, bitte Anlage ausfüllen)			
Sonder- / Weihnachtswendung			
Witwen-/ Witwerrente/ Halbwaisen-/ Waisenrente			

Erträge aus Kapitalvermögen: <input type="checkbox"/> Miet-/Pachteinnahmen <input type="checkbox"/> Zinsen, Dividende etc.			
Unterhaltszahlung von Angehörigen			
Wohngeld (WoGG)			
Leistungen für Kinder: Kindergeld: <input type="checkbox"/> wird weitergeleitet, <input type="checkbox"/> nicht weitergeleitet, Elterngeld			
Leistungen für hochgradig Seh- oder Hörbehinderte			
Blindengeld			
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder Soldatenversorgungsgesetz (SVG)			
Leistungen der Pflegekasse			
Beamtenrechtl. Beihilfeanspruch			
Weitere Sozialleistungen: <input type="checkbox"/> Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II <input type="checkbox"/> Arbeitsförderung n. SGB III <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe n. SGB IX			
Unterhaltshilfe/ Entschädigungsrente			
Privatrechtliche Ansprüche (Zahlung aus Verträgen z. B. Leibrente, Wohnrecht)			
Privatrechtliche, geldwerte Ansprüche (z. B. kostenfreie Unterkunft, Verpflegung)			
Sonstige Einnahmen:			
Weitere Leistungen/ Hilfen beantragt:			

**5. Versicherungen und laufende Zahlungsverpflichtungen von Ihnen und Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin**  
(Bitte Nachweise beifügen)

Art der Versicherung bzw. Zahlungsverpflichtung	Versicherungsgesellschaft bzw. Zahlungsempfänger	Beitrag in Euro
<b>keine laufenden Ausgaben</b>	<input type="checkbox"/>	
<b>Zusatzbeitrag zur freiw. Krankenversicherung</b>		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
<b>Hausratversicherung</b>		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
<b>Haftpflichtversicherung</b>		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
<b>Lebensversicherung/ Sterbeversicherung</b>		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> Jährl.

<b>Freiwillige Altersvorsorge</b>		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
<b>Gewerkschaftsbeitrag</b>		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
<b>Weitere Ausgaben:</b>		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
<b>Nur bei Einkünften aus nichtselbständiger Tätigkeit:</b>		
<b>Entfernung Wohnadresse zur Arbeitsstelle</b>	km	
<b>Kosten öffentlicher Verkehrsmittel für Weg zur Arbeitsstelle:</b>	<input type="checkbox"/> Linienbus <input type="checkbox"/> Bahn	Kosten i.H.v. € <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
<b>Nutzen Sie für die Fahrt zur Arbeitsstelle ein Kraftfahrzeug?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa	

**6. Vermögen von Ihnen und Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin**  
 (Bitte legen Sie die Nachweise bzw. Versicherungsscheine in Kopie bei)

<b>Bargeld</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: €
<b>Sparguthaben</b>	<b>IBAN/ Kontonummer und Kreditinstitut</b>	<b>Betrag</b>
<b>Girokonto</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€
<b>Sparkonto</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€
<b>Sparkonto</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€
<b>Festgeldkonto/ Tagesgeldkonto</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€
<b>Genossenschafts- konto</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€
<b>Hinterlegte Kautions (z. B. bei Vermieter)</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€
<b>Sonstige Kontoguthaben z. B. bei Zahlungsdienstleistern (Paypal,...)</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		€

Wurden Konten in den letzten 10 Jahren aufgelöst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				€
<b>Staatlich geförderte private Altersvorsorge</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Versicherungsnummer</b>	<b>Institut</b>	<b>Betrag</b>	<b>fällig am</b>
Riester-Rente/ Rürup-Rente				€	
<b>Sonstige freiwillige Altersvorsorge</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Art der Altersvorsorge</b>	<b>Anbieter</b>	<b>Betrag</b>	<b>fällig am</b>
				€	
<b>Kapitallebens-/ Rentenversicherung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Versicherungsnummer</b>	<b>Institut</b>	<b>Betrag</b>	<b>aktueller Rückkaufswert</b>
				€	€
				€	€
<b>Sterbeversicherung Lebensversicherung auf den Todesfall</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Versicherungsnummer</b>	<b>Institut</b>	<b>Betrag</b>	<b>aktueller Rückkaufswert</b>
				€	€
				€	€
<b>Bestattungsvorsorgevertrag</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Unternehmen/ Institut</b>			<b>Betrag</b>
					€
<b>Grabpflegevertrag</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Unternehmen/ Institut</b>			<b>Betrag</b>
					€
<b>Unfallversicherung mit Rückkaufswert</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Versicherungsnummer</b>			<b>aktueller Rückkaufswert</b>
<b>Sonstige Wertanlagen (Bausparvertrag, Wertpapiere u.a.)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Versicherungsnummer</b>	<b>Institut</b>	<b>Betrag</b>	
				€	
<b>Sonstige Forderungen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Bezeichnung Ihrer Forderung</b> (z.B. aus Darlehen, Pflichtteil, Erbe, Schmerzensgeld, Schadensersatz)	<b>Name und Anschrift des Schuldners</b>	<b>Betrag</b>	
	1.			€	
	2.			€	

<b>Besitzen Sie Haus- oder Grundeigentum?</b> >> Es ist eine Rentabilitätsberechnung, d.h. eine Aufstellung der Einnahmen und Ausgaben Ihres Eigentums vorzulegen >> Es werden ggf. weitere Angaben/ Unterlagen zur Eigentumsbewertung benötigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Büro-/Geschäftshaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Gewerbebetrieb <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Wohn-/Geschäftshaus  <input type="checkbox"/> Sonstiges:
---	--	---

**Anschrift:**

<b>Besteht sonstiger Grundbesitz?</b> >> Es ist eine Rentabilitätsberechnung, d.h. eine Aufstellung der Einnahmen und Ausgaben Ihres Eigentums vorzulegen >> Es werden ggf. weitere Angaben/ Unterlagen zur Eigentumsbewertung benötigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Bauland <input type="checkbox"/> Garten-/Ackerland	Grundstücksfläche: _____ qm
---	--	--	-----------------------------

**Anschrift:**

<b>Kraftfahrzeug(e)</b> (Kopie Fahrzeugschein/ Zulassungsbescheinigung Teil 1 und aktuelles Wertgutachten beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	amtl. Kennzeichen: _____	Typ: Modell: _____
		Baujahr: _____	Kilometerstand: km _____

**Haben Sie vor Antragstellung Vermögen auf andere Personen übertragen, z. B. Haus-/Grundvermögen, Geld, weitere Schenkungen oder haben Sie auf Wohnrecht bzw. sonstige Rechte verzichtet?**

ja, innerhalb der letzten 10 Jahre   
  ja, vor über 10 Jahren   
  nein

Sollten Sie die Frage mit „ja“ angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus:

Name und Anschrift der begünstigten Person	Art der Zuwendung	Betrag
		€
		€

(Bitte fügen Sie bei Immobilienübertragungen den notariellen Vertrag und einen aktuellen Grundbuchauszug bei)

**Vertragliche Rechte**  
Besteht oder bestand in den letzten 10 Jahren...

ein unentgeltliches Wohnrecht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ein Nießbrauchrecht/ Pfl gerecht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
eine Leibrente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

(Bitte legen Sie entsprechende Unterlagen vor z. B. Verträge, Urteile, Grundbuchauszüge)

**7. Evtl. zu gewährende Geldleistungen sind an folgende Empfänger zu zahlen:**

**Bitte geben Sie hier Ihre Bankverbindung an:**

Handelt es sich um ein Pfändungsschutzkonto? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>IBAN:</b> <b>Name und Sitz des Geldinstituts:</b> <b>Name, Vorname Kontoinhaber:</b>	

**Angaben bei Zahlung an Dritte:**

Sie haben auch die Möglichkeit, für bestimmte Leistungen eine Direktzahlung an andere Personen zu beantragen. Dies kann hilfreich sein, um vertragliche Verpflichtungen rechtzeitig zu erfüllen wie z. B. Zahlungen für Unterkunftskosten. Hierfür sind weitere Angaben erforderlich. Der Zahlungsempfänger kann später auch von Ihnen für zukünftige Zahlungen wieder geändert werden, sofern Sie uns dies frühzeitig in Schriftform mitteilen.

**Für folgende SGB XII-Leistungen beantragen Sie hiermit eine Direktzahlung an den Empfänger, den Sie im Folgenden angeben. Gleichzeitig erklären Sie sich damit einverstanden, dass z. B. für Rückfragen Kontakt zum Empfänger der Zahlung aufgenommen werden darf:**

Leistungen für Unterkunft und Heizung sind zu zahlen an

<b>IBAN:</b>	
<b>Name und Sitz des Geldinstituts:</b>	
<b>Name, Vorname Kontoinhaber:</b>	
<b>Anschrift Kontoinhaber:</b>	

Leistungen für sind zu zahlen an

<b>IBAN:</b>	
<b>Name und Sitz des Geldinstituts:</b>	
<b>Name, Vorname Kontoinhaber:</b>	
<b>Anschrift Kontoinhaber:</b>	

### E r k l ä r u n g der antragstellenden Personen

Den Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 2. Unterhalt) 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.

Wenn und solange ich Leistungen erhalte, werde ich Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

Es ist mir bekannt, dass die beantragte Sozialhilfeleistung ganz oder teilweise bei fehlender Mitwirkung versagt werden kann. Sollte ich unvollständige oder unwahre Angaben machen, kann dies strafrechtlich verfolgt werden (§ 263 Strafgesetzbuch). Zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen habe ich zu erstatten (§§ 45, 50 Zehntes Sozialgesetzbuch, § 103 Zwölftes Sozialgesetzbuch).

Ich wünsche noch Beratung und Unterstützung zu meiner persönlichen Situation oder habe weiteren Informationsbedarf.

Ich bevollmächtige meine\*n Ehegatten/ Ehegattin/ Lebenspartner bzw. Partner\*in der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Bescheiden und entsprechenden Geldleistungen.

Datum	Unterschrift 1. Person bzw. vertretungsberechtigte Person
Datum	Unterschrift 2. Person bzw. vertretungsberechtigte Person