

Antrag auf Sozialhilfe

--

Art der beantragten Hilfe	
----------------------------------	--

Hinweis nach § 67a Sozialgesetzbuch, 10. Buch (SGB X)

Die mit diesem Antrag erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 ff Sozialgesetzbuch, 1. Buch (SGB I) erhoben

1. Hilfesuchende/r

Familiename		Ggf. Geburtsname	
Ggf. Name aus früheren Ehen		Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort	Geburtskreis	
Staatsangehörigkeit/en		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Schulabschluss	Erlerner Beruf	Momentan ausgeübter Beruf	Falls zutreffend: Arbeitslosigkeit seit
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet seit			Datum (TT.MM.JJJJ)
Stellung im Haushalt <input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige/r		Falls zutreffend: Betreuer (Name, Anschrift)	
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)	

Zusätzliche Angaben bei Schwerbehinderten

Datum des Schwerbehindertenausweises/ Bescheid des Versorgungsamtes		Grad der Behinderung	
Ein entsprechendes Feststellungsverfahren läuft momentan <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			

Zusätzliche Angaben bei Geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten

Datum des Gerichtsurteils	Name des Gerichts		
Geschäftszeichen	Rechtskraft ab (Datum)	Unterhaltsregelung /Versorgungsausgleich	

2. Familienangehörige des/der Hilfesuchenden

2.1 Die folgenden Angaben beziehen sich auf

- den Vater (nur bei unverheirateten Minderjährigen)
 den Ehegatten/die Ehegattin bzw. den/die Lebenspartner/in (nur sofern nicht getrennt lebend)

Familiename		Ggf. Geburtsname	
Ggf. Name aus früheren Ehen		Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort	Geburtskreis	Sterbedatum
Staatsangehörigkeit/en		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort

Schulabschluss	Erlerner Beruf	Momentan ausgeübter Beruf	Falls zutreffend: Arbeitslosigkeit seit
----------------	----------------	---------------------------	---

Zusätzliche Angaben bei Schwerbehinderten

Datum des Schwerbehindertenausweises/ Bescheid des Versorgungsamtes		Grad der Behinderung	
--	--	-------------------------	--

Ein entsprechendes Feststellungsverfahren läuft momentan nein ja

2.2 Mutter des/der Hilfesuchenden (nur bei unverheirateten Minderjährigen)

Familiename		Ggf. Geburtsname	
Ggf. Name aus früheren Ehen		Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort	Geburtskreis	Sterbedatum
Staatsangehörigkeit/en		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Schulabschluss	Erlerner Beruf	Momentan ausgeübter Beruf	Falls zutreffend: Arbeitslosigkeit seit

Zusätzliche Angaben bei Schwerbehinderten

Datum des Schwerbehindertenausweises/ Bescheid des Versorgungsamtes		Grad der Behinderung	
--	--	-------------------------	--

Ein entsprechendes Feststellungsverfahren läuft momentan nein ja

3. Einkommen

Bitte tragen Sie in die Spalte Einkommenskennziffer die entsprechende Zahl ein

- 1.1 = Nichtselbständige Tätigkeit (Nettoerwerbseinkommen)
- 1.2 = Krankengeld (einschl. Arbeitgeberzuschuss)
- 2 = Land- und Forstwirtschaft
- 3 = Gewerbebetrieb
- 4 = sonstige selbständige Tätigkeit
- 5 = Kapitalvermögen
- 6 = Vermietung/Verpachtung (siehe Rentabilitätsberechnung)

- Leistungen nach dem BVG
- 10.1 = Grundrente
- 10.2 = Sonstige (ggf. erläutern)

- Leistungen nach dem LAG
- 11.1 = Unterhaltshilfe
- 11.2 = Pflegegeld
- 11.3 = Entschädigungsrente

Renten

- 7.1 = Berufsunfähigkeitsrente
- 7.2 = Erwerbsunfähigkeitsrente
- 7.3 = Altersruhegeld
- 7.4 = Unfallrente
- 7.5 = Landwirtschaftliches Altersgeld
- 7.6 = Witwenrente
- 7.7 = Waisenrente
- 7.8 = Erziehungsrente
- 7.9 = Kinderzuschuss/-zulage zu 7.1 - 7.4
- 7.10 = Pflegegeld zu 7.4
- 8 = Werksrente
- 9.1 = Sonstige Renten und Pensionen ohne Kinderzuschuss/-zulage
- 9.2 = Kindererziehungsleistung

- Leistungen nach dem SGB III
- 12 = Arbeitslosengeld
- 13 = Kindergeld
- 14 = Unterhaltsleistungen nach UVG
- 15 = Ausbildungs- Erziehungsbeihilfen
- 16 = Ausbildungsförderung
- 17 = Unterhaltsbeiträge
- 18 = Leistung nach dem Blinden- und Gehörlosengesetz
- 19 = Steuererstattung
- 20 = Sonstige Einkünfte

Ifd. Nr.	Familiename, Vorname	Einkommenskennziffer	Betrag	Weitere Angaben (z.B. Name + Anschrift des Arbeitgebers, Sozialversicherungsnummer)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

4. Weitere Personen in der Haushaltsgemeinschaft

Familiename		Ggf. Geburtsname	
Ggf. Name aus früherer Ehe		Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort	Geburtskreis	
Staatsangehörigkeit/en		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Schulabschluss	Erlerner Beruf	Momentan ausgeübter Beruf	Falls zutreffend: Arbeitslosigkeit seit
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)	

Familiename		Ggf. Geburtsname	
Ggf. Name aus früherer Ehe		Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsort	Geburtskreis	
Staatsangehörigkeit/en		aufenthaltsrechtlicher Status (nur bei Ausländern)	
Schulabschluss	Erlerner Beruf	Momentan ausgeübter Beruf	Falls zutreffend: Arbeitslosigkeit seit
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)	

Bitte tragen Sie in die Spalte Einkommenskennziffer die entsprechende Zahl aus Nummer 3 ein

Ifd. Nr.	Familiename, Vorname	Einkommenskennziffer	Betrag	Weitere Angaben (z.B. Name + Anschrift des Arbeitgebers, Sozialversicherungsnummer)
1				
2				
3				
4				
5				
6				

5. Vom Einkommen eventuell absetzbare Beträge (nach § 82 SGB XII)

Beiträge für freiwillige Versicherungen

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 20.1 Hausratsversicherung | 22 = Aufwendungen für Arbeitsmittel |
| 20.2 Krankenversicherung | 23 = Beiträge für Berufsverbände |
| 20.3 Pflegeversicherung | 24 = Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung |
| 20.4 Rentenversicherung | |
| 20.5 = Unfallsicherung | Fahrtkosten zur Arbeitsstätte (soweit nicht erstattet) |
| 20.6 = Sterbeversicherung | 25.1 = öffentliches Verkehrsmittel |
| 20.7 = Lebensversicherung | 25.2 = PKW |
| 20.8 = Haftpflichtversicherung | 25.3 = Kleinst-PKW |
| 20.9 = Berufsunfähigkeitsversicherung | 25.4 = Motorrad |
| 20.10 = Ausbildungsversicherung | 25.5 = Mofa |
| 20.11 = Rechtsschutzversicherung | |
| 21 = PKW-Haftpflichtversicherung | 26 = sonstiges |

Ifd. Nr.	Familiename, Vorname	Einkommenskennziffer	Betrag	Begründung der Notwendigkeit, insbesondere bei Einkommenskennziffer 25.2 und 25.3
1				
2				
3				

6. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (nach § 90 SGB XII)

Bitte tragen Sie in die Spalte Kennziffer die entsprechende Zahl ein

30 = Bargeld

31 = Bank-/Sparguthaben/Bausparguthaben einschließlich vermögenswirksame Leistungen

32 = Wertpapiere

33 = Forderungen

34 = Lebensversicherung (Rückkaufwert)

35 = Hauseigentum

36 = sonstiger Grundbesitz

37 = KFZ

38 = sonstiges Vermögen

Ifd. Nr.	Familienname, Vorname	Kennziffer	Nähere Beschreibung	Betrag
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Folgende Personen haben kein Bargeld, Guthaben und Vermögen	
---	--

Wurde vor Eintritt der Bedürftigkeit Vermögen auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?

nein ja

7. Unterkunft/Heizung (bei Haus-/Wohnungseigentum siehe Rentabilitätsberechnung)

7.1 Allgemeines/Kosten

	Betrag
Kaltmiete	
Nebenkosten (soweit nicht in der Miete enthalten) (z.B. Flurbeleuchtung, Fahrstuhl, Wassergeld, Treppenhausreinigung)	
Kosten der Unterkunft monatlich	

Erhalten Sie Wohngeld? nein ja, bis in Höhe von monatlich

Wohnfläche in qm Anzahl der Räume

davon sind untervermietet: Raum/Räume möbliert

Raum/Räume unmöbliert

Heizungsart? Zentralheizung Einzelöfen
 Energieart? Kohle Öl Gas Nachtstrom Haushaltsstrom Fernwärme

Darin Kochfeuerung enthalten? nein ja

Heizungspauschale (soweit nicht in der Miete untrennbar bzw. in den Hauslasten enthalten) ohne mit Warmwasserbereitstellung

Empfänger/in (auch Kundennummer)

7.2 Vermieter/in

Familienname	Vorname		Geschäftszeichen
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort	

8. Kranken-/Pflegeversicherung

Lfd. Nr.	Familiename	Vorname	Versicherungs- oder Leistungsträger usw. (genaue Anschrift)	
1				
2				
3				
4				
Lfd. Nr.	Versicherungsnummer	Art der Versicherung	Mitgliedschaft bestand/ besteht bis (TT.MM.JJJJ)	Antragsdatum (TT.MM.JJJJ)
1		<input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat		
2		<input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat		
3		<input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat		
4		<input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat		

9. Sonstige Ansprüche (sofern nicht bereits unter Nummer 3 und 4 aufgeführt)

Bitte tragen Sie in die Spalte Kennziffer die entsprechende Zahl ein

60 = Rentenversicherung
 61 = Krankenversicherung
 62 = Pflegeversicherung

nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)
 65 = Kriegsbeschädigung
 66 = Sonstige Berechtigung, z.B. Impfgeschädigte, Opfer von Gewalttaten

nach dem SGB III Arbeitsförderung
 63 = Arbeitslosengeld/-hilfe
 64 = Sonstiger Anspruch

67 = Lebens- und Sterbeversicherung
 68 = Sonstige Ansprüche:
 z.B. LAG-Leistungen, Entschädigungsrente (BEG), Häftlingshilfe, Beihilfeansprüche, Lohnforderung, Unterhaltssicherung, Kindergeld, Erbansprüche, Schadenersatzansprüche, Versorgungsausgleich, BAföG, Vertraglicher Anspruch, Unterhaltsvorschussleistungen

Lfd. Nr.	Familiename	Vorname	Kennziffer	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
Lfd. Nr.	Versicherungs- oder Leistungsträger usw. (genaue Anschrift) Aktenzeichen	Bemerkungen: z.B. Art des Anspruchs, Versicherungssumme, Fälligkeitstag	Antragsdatum (TT.MM.JJJJ)	sonstiges: z.B. Ablehnung Antrag
1				
2				
3				
4				
5				
6				

10. Angehörige des/der Hilfesuchenden außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

(z.B. Kinder, Adoptivkinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten)

Ifd. Nr.	Familienname	Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Hilfesuchenden
1				
2				
3				
4				

Ifd. Nr.	Familienstand	Zahl minder-jähriger Kinder	Zur Zeit ausgeübte Tätigkeit	Anschrift
1				
2				
3				
4				

11. Zusätzliche Angaben bei Kindern nicht miteinander verheirateter Eltern

Ifd. Nr.	Familienname, Vorname des Kindes	Familienname, Vorname und Anschrift des Vaters
1		
2		
3		

Ifd. Nr.	Vaterschaft anerkannt vor/festgestellt durch/am	Bei Unterhaltsbeistandschaft: Wo?	Festgesetzter monatlicher Unterhalt Betrag	Zahlungsbeginn
1				
2				
3				

12. Aufenthaltsverhältnisse des/der HilfesuchendenSind Sie zugezogen? nein ja

Datum des Zuzugs	Vorheriger Wohnort	Grund

Haben Sie schon einmal Sozialhilfe bezogen?

 nein ja

Sozialamt	Sachbearbeiter/in		
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort	
Datum Ende der Zahlung	Telefon (sofern bekannt)	Fax (sofern bekannt)	E-Mail (sofern bekannt)

Bei stationärer Unterbringung, Heimunterbringung oder Unterbringung Minderjähriger in einer anderen Familie

Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor der Beantragung der Hilfe (ggf. Anstaltsaufnahme)		
Zeitraum (von - bis)	Name der Einrichtung, Ort (ggf. auch Uhrzeiten u.ä.)	Art der Einrichtung
Tag der Entlassung (nur sofern Sie nicht mehr in der Anstalt leben)		

Kostenträger des letzten Anstaltsaufenthalts

Kostenträger		Sachbearbeiter/in	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Telefon (sofern bekannt)	Fax (sofern bekannt)	E-Mail (sofern bekannt)	

13. Bei Zuzug eines/einer außerhalb des Geltungsbereiches des BSHG/SGB XII geborenen Hilfesuchenden aus dem Ausland

Tag und Ort des Übertritts	Familienmitglied (Ehegatte, Verwandte, Verschwägerte) welches nicht im Geltungsbereich des BSHG/SGB XII geboren ist und mit dem Hilfesuchenden bei Eintritt des Bedarfs an Sozialhilfe zusammenlebt: Name, Vorname, Geburtstag und -ort, personenstandrechtliches Verhältnis zum/zur Hilfesuchenden)

14. Durch Kriegereignisse gefallene oder vermisste sowie an Kriegsleiden verstorbene Angehörige

Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis, letzter Familienstand

15. Bankverbindung

Kontoinhaber/in (falls abweichend von Antragsteller/in)		
Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut

16. Begründung des Antrags

--

17. Angaben zu besonderen finanziellen Belastungen

18. Anlagen

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfgewährenden Stelle zurückzuüberweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir - jedoch nicht von meinen Erben - bis zum 5. eines jeden Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch, 1. Buch (SGB I)). Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch (StGB)) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit - z.B. Krankenhausaufenthalte -), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I).

Mir ist bekannt, dass das Sozialamt berechtigt ist, einen Datenabgleich mit anderen Stellen vorzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------