

Eingang: _____ 1. Vorsprache: _____	<b>Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)</b>	<b>Aktenzeichen:</b>
--	--	----------------------

1.	Persönliche Verhältnisse		
101		1. Person	2. Person
102		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
103		<b>Antragsteller/in</b>	<input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrenntlebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrenntlebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> minderjähriges Kind <input type="checkbox"/> _____
	Bitte legen Sie Ihre Personaldokumente vor.		
104	<b>Familienname</b>		
105	<b>Geburtsname</b>		
106	<b>Vorname</b>		
107	<b>Geburtsdatum und Geburtsort</b>		
108	<b>Straße, Hausnummer</b>		
109	<b>PLZ, Ort</b>		
110	<b>Telefonnummer (freiwillig)</b>		
111	<b>E-Mail-Adresse (freiwillig)</b>		
112	<b>Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____
113	<b>Haben Sie bereits Sozialleistungen (z.B. SGB II – Hartz IV oder SGB XII) erhalten?</b>	<input type="checkbox"/> Ja – Bis wann? _____ Von welchem Amt? _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Bis wann? _____ Von welchem Amt? _____ <input type="checkbox"/> Nein
114	<b>Sind Sie Spätaussiedler/in?</b>	<input type="checkbox"/> Ja – eingereist am: _____ <input type="checkbox"/> § 4 BVFG <input type="checkbox"/> § 7 BVFG <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – eingereist am: _____ <input type="checkbox"/> § 4 BVFG <input type="checkbox"/> § 7 BVFG <input type="checkbox"/> Nein
	<b>Für Menschen mit Migrationshintergrund</b>		
115	<b>Aufenthaltsrechtlicher Status</b>	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung/Duldung <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis Nach § _____ gültig bis _____ <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> (Bürger-)Kriegsflüchtling	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung/Duldung <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis Nach § _____ gültig bis _____ <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> (Bürger-)Kriegsflüchtling
116	<b>Grund der Einreise</b>	Datum: _____ Grund: _____	Datum: _____ Grund: _____
117	<b>Liegt eine Verpflichtungserklärung vor? (Falls ja, bitte Nachweis beifügen)</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angaben zur Betreuerin / zum Betreuer / Beistandschaft des Jugendamtes			
		1. Person	2. Person
119	Haben Sie eine/n Betreuer/in oder einen Beistand?	<input type="checkbox"/> Ja – Bitte fügen Sie die Bestel- lungsurkunde/ Nachweise bei. <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Bitte fügen Sie die Bestel- lungsurkunde/ Nachweise bei. <input type="checkbox"/> Nein
120	Familienname, Vorname		
121	Adresse		
122	Telefonnummer		
Sonstige Angaben			
123	Sind Sie in den letzten zwei Monaten aus dem Ausland eingereist?	<input type="checkbox"/> Ja – am: _____ aus: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – am: _____ aus: _____ <input type="checkbox"/> Nein
124	Leben Sie in einer stationären Einrich- tung (z.B. Heim/Krankenhaus)?	<input type="checkbox"/> Ja – seit wann? _____ Wo haben Sie vorher gewohnt? _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – seit wann? _____ Wo haben Sie vorher gewohnt? _____ <input type="checkbox"/> Nein
125	Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen?	<input type="checkbox"/> Ja – am: _____ Name und Anschrift der Einrichtung: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – am: _____ Name und Anschrift der Einrichtung: _____ <input type="checkbox"/> Nein
126	Leben Sie in einer ambulant betreuten Wohnform?	<input type="checkbox"/> Ja – seit wann?: _____ Wo haben Sie vorher gewohnt? _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – seit wann?: _____ Wo haben Sie vorher gewohnt? _____ <input type="checkbox"/> Nein
127	Haben Sie bis vor zwei Monaten als Min- derjähriger außerhalb des elterlichen Haushalts gelebt?	<input type="checkbox"/> Ja – bis wann?: _____ Wo?: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – bis wann?: _____ Wo?: _____ <input type="checkbox"/> Nein
<b>Wenn Sie eine der Fragen 124 bis 127 mit Ja beantwortet haben:</b>			
128	Wer hat die Kosten getragen?		
2. Unterhalt			
Bitte legen Sie Nachweise zu Ihren Angaben vor (z.B. Scheidungsurteil, Unterhaltsregelung).			
Angaben zu dem / der geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten / Ehegattin oder Partner / Partnerin			
		1. Person	2. Person
201	Familienname		
202	Vorname		
203	Geburtsdatum- und -ort		
204	Straße, Hausnummer		
205	PLZ, Ort		
206	Haben Sie Unterhaltsansprüche ge- gen Ihre/n geschiedene/n oder ge- trennt lebende/n Ehegatten / Ehegat- tin oder Ihre/n Partner / Partnerin ei- ner Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein, Grund: _____ <input type="checkbox"/> Ich habe auf Unterhalt verzichtet. <input type="checkbox"/> Ja, ich erhalte bereits Unterhalt. <input type="checkbox"/> Ja, aber ich habe meine Unter- haltsansprüche noch nicht geltend ge- macht. <input type="checkbox"/> Ja. Ich habe bereits einen Unter- haltstitel.	<input type="checkbox"/> Nein, Grund: _____ <input type="checkbox"/> Ich habe auf Unterhalt verzichtet. <input type="checkbox"/> Ja, ich erhalte bereits Unterhalt. <input type="checkbox"/> Ja, aber ich habe meine Unter- haltsansprüche noch nicht geltend ge- macht. <input type="checkbox"/> Ja. Ich habe bereits einen Unter- haltstitel.

Angaben zu den Eltern						
207	Vater			Mutter		
208	Familiennamenname					
209	Geburtsname					
210	Vorname					
211	Geburtsdatum und -ort					
212	Straße und Hausnummer					
213	PLZ, Ort					
214	Telefonnummer					
215	Familienstand			<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____		
216	Werden Sozialleistungen bezogen?			<input type="checkbox"/> Ja. Von welchem Amt? _____ <input type="checkbox"/> Nein		
217	Ausgeübte Tätigkeit					
218	Wird ein erhebliches Einkommen (über 100.000 € jährlich/brutto) bezogen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
219	Staatsangehörigkeit					
220	Aufenthaltsrechtlicher Status					
Angaben zu weiteren unterhaltspflichtigen Angehörigen (z.B. Kinder – auch aus früheren Ehen - , nicht eheliche Kinder, Adoptivkinder) (Bitte nutzen Sie gegebenenfalls ein zusätzliches Blatt)						
	Familiennamenname, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Familienstand	Beruf/ derzeitige Tätigkeit	Anschrift
221						
222						
223						
224						
225						
226	Verfügt eines Ihrer Kinder über erhebliches Einkommen (über 100.000 € jährlich/brutto)?			<input type="checkbox"/> Ja Wer? _____ <input type="checkbox"/> Nein		

3.	<b>Kosten der Unterkunft</b>		
301	<b>Wohnen Sie mietfrei?</b> (Falls ja, müssen die Zeilen 302-313 nicht ausgefüllt werden)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn Sie Haus- oder Wohnungseigentum selbst bewohnen, bitten wir Sie eine gesonderte Aufstellung über die Kosten und Belastungen vorzulegen und die Angaben durch geeignete Unterlagen zu belegen.			
<b>Angaben zur Wohnung und zur Wohnungsmiete</b>			
<b>Bitte legen Sie Ihren Mietvertrag und sofern vorhanden das letzte Mieterhöhungsschreiben und die letzte Nebenkostenabrechnung vor.</b>			
302	<b>Wie viele Personen leben in der Wohnung?</b>		
303	<b>Wie groß ist die Wohnfläche?</b>	_____ m <sup>2</sup>	
304	<b>Wann sind Sie in die Wohnung eingezogen?</b>		
305	<b>Wie hoch ist die Kaltmiete?</b>	_____ Euro	
306	<b>Wie hoch sind die kalten Nebenkosten?</b>	_____ Euro	
307	<b>Ist die Wohnung möbliert gemietet?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja      Falls ja, anfallende Kosten: _____ Euro	
308	<b>Zahlen Sie Nebenkosten für den Haushaltsstrom an Ihren Vermieter?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja      Falls ja, anfallende Kosten: _____ Euro	
309	<b>Haben Sie Einnahmen aus Untervermietung?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja      Falls ja, entstehende Einnahmen: _____ Euro <b>Falls ja, was haben Sie vermietet?</b> <input type="checkbox"/> Möbliertes Zimmer <input type="checkbox"/> Möblierte Wohnung <input type="checkbox"/> Leerzimmer	
<b>Angaben zur Heizung</b>			
Bitte legen Sie die letzte Heizkostenabrechnung Ihres Vermieters und / oder die letzte Abrechnung Ihres Versorgungsunternehmens vor.			
310	<b>Mit welcher Energieart heizen Sie?</b>	<input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	
311	<b>An wen zahlen Sie Ihre Heizkosten?</b>	<input type="checkbox"/> Vermieter <input type="checkbox"/> Versorgungsunternehmen	
312	<b>Wie hoch sind die monatlichen Vorauszahlungen?</b>	_____ Euro	
313	<b>Sind in der Heizkostenvorauszahlung Kosten für die Warmwasserbereitung enthalten?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4.	<b>Kranken- und Pflegeversicherung</b>		
<b>Bitte legen Sie eine aktuelle Mitgliedsbescheinigung und evtl. Beitragsrechnung vor – bei Privatversicherungen auch über den Versicherungsumfang.</b>			
401		<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>
402	<b>Wo sind Sie versichert?</b>		
403	<b>Wie sind Sie versichert?</b>	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> KVdR <input type="checkbox"/> nicht versichert - § 264 SGB V	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> KVdR <input type="checkbox"/> nicht versichert - § 264 SGB V
404	<b>Sind Sie beihilfeberechtigt?</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____

5.		<b>Mehrbedarf</b>	
Bitte legen Sie Nachweise zu Ihren Angaben vor (z.B. Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid über die Schwerbehinderung; ärztliche Bescheinigungen).			
501		<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>
502	Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis _____ Grad der Behinderung _____ Merkzeichen „G“ oder „aG“? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, gültig bis _____ Grad der Behinderung _____ Merkzeichen „G“ oder „aG“? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
503	Ursachen der Behinderung	<input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Gewalteinwirkung <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> sonstige Gründe _____ seit wann? _____	<input type="checkbox"/> durch Geburt <input type="checkbox"/> seit Geburt <input type="checkbox"/> durch Unfall <input type="checkbox"/> durch Impfschaden <input type="checkbox"/> durch Gewalteinwirkung <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> sonstige Gründe _____ seit wann? _____
504	Bestehen vertragliche oder gesetzliche Ansprüche gegenüber Dritten?	<input type="checkbox"/> Ja, gegen _____ <input type="checkbox"/> Nein, weil _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja, gegen _____ <input type="checkbox"/> Nein, weil _____ _____
505	Wurde gegen den Schadenverursacher geklagt?	<input type="checkbox"/> Ja, erfolgreich <input type="checkbox"/> Ja, Klage abgewiesen <input type="checkbox"/> Nein, weil _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja, erfolgreich <input type="checkbox"/> Ja, Klage abgewiesen <input type="checkbox"/> Nein, weil _____ _____
506	Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
507	Benötigen Sie wegen einer Krankheit oder Behinderung eine besondere und deswegen kostenaufwändige Ernährung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6.		<b>Einkommen</b>	
Es sind sämtliche Einkünfte, auch geringfügige, anzugeben. Die untenstehende Aufzählung ist insofern nicht abschließend. Es kommt nicht darauf an, ob die Einkünfte steuer- oder sozialversicherungspflichtig sind. Bitte legen Sie Ihre Einkommensnachweise der letzten 12 Monate vor (z.B. Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung, Steuerbescheid).			
601		<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>
602	Üben Sie derzeit eine Tätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
603	Erzielen Sie Einkommen aus den folgenden Einkommensarten?	Monatlicher Betrag (brutto)	Monatlicher Betrag (brutto)
604	Nichtselbstständige Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.

605	<b>Selbstständige Tätigkeit</b> (z. B. Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft, sonstige selbstständige Tätigkeit)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
606	<b>Einkünfte aus der Tätigkeit in einer WfbM - Wenn Ja, nehmen Sie an der Mittagsverpflegung teil?</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein. <input type="checkbox"/> Ja. <input type="checkbox"/> Nein.
607	<b>Kapitalvermögen</b> (z. B. Zinserträge)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
608	<b>Vermietung/Verpachtung</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
609	<b>Krankengeld oder Übergangsgeld</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
610	<b>Kindergeld oder Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz (UVG)</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
611	<b>Eltern- oder Betreuungsgeld</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
612	<b>Alters-, Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
613	<b>Witwen-, Witwer- oder Waisenrente</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
614	<b>Unfall- oder Invaliditätsrente</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
615	<b>Werks-, Betriebs-, Versorgungs- oder Zusatzrente</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
616	<b>Sonstige Renten oder Pensionen</b> (z.B. ausländische Renten, Riester-R.)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
617	<b>Landwirtschaftliches Altersgeld oder Deputate</b> (Lebensunterhalt in Naturalien)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
618	<b>Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG)</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
619	<b>Zahlungen aus privatrechtlichen Ansprüchen</b> (z.B. laufende Unterhaltszahlungen)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
620	<b>Wohngeld</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
621	<b>Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit</b> (z.B. Pflegegeld)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
622	<b>Blindengeld/Blindenhilfe</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
623	<b>Leistungen von der Bundesagentur für Arbeit</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
624	<b>Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BaföG)</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
625	<b>Einkommensteuererstattung</b> (bzw. Anspruch darauf)	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
626	<b>Sonstiges Einkommen</b>	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe und Art: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe und Art: _____ <input type="checkbox"/> Nein.

627	Sind eine oder mehrere der oben aufgeführten Leistungen beantragt, aber bislang noch nicht bewilligt worden?	<input type="checkbox"/> Ja, Art und zuständige Stelle: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Art und zuständige Stelle: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
628	Haben Sie in der Vergangenheit auf Einkommen der og. Art oder sonstige Ansprüche verzichtet (z. B. Wohn- oder Verpflegungsrechte aus Übertragungsverträgen o. ä.)?	<input type="checkbox"/> Ja, Art und Höhe/Wert: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Art und Höhe/Wert: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
629	Anspruch auf vertragliche Leistungen (z.B. Wohnrecht/freie Kost)	<input type="checkbox"/> Ja, Art und Höhe/Wert: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Art und Höhe/Wert: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
<b>Vom Einkommen möglicherweise absetzbare Beträge</b>			
Bitte legen Sie Nachweise zu den Angaben vor.			
	<b>Ausgaben</b>	<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>
630	Steuern auf das Einkommen	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
631	Sozialversicherungsbeiträge	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
632	Aufwendungen für Arbeitsmittel	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
633	Gewerkschaftsbeiträge	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
634	Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
635	Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
636	Altersvorsorgebeiträge	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
637	Sterbeversicherung	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
<b>Bei Einkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit (Nur auszufüllen, wenn Einkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit vorliegt)</b>			
638	Entfernung Wohnung von der Arbeitsstelle	_____ km	_____ km
639	Kosten für öffentliche Verkehrsmittel für Weg zur Arbeitsstelle	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.	<input type="checkbox"/> Ja, Höhe: _____ <input type="checkbox"/> Nein.
640	Nutzen Sie für die Fahrt zur Arbeitsstelle ein Kraftfahrzeug?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa

7. Vermögen			
<p>Es sind sämtliche Vermögenswerte, auch im Ausland befindliche, anzugeben.  Die untenstehende Aufzählung ist deshalb nicht abschließend.  Bitte legen Sie zu Ihren Angaben Nachweise vor  (Kopien der Sparbücher oder Kontoauszüge, Policen, KFZ-Scheine, Kaufvertrag, Übergabevertrag).</p>			
Vermögensart	1. Person	2. Person	
Bargeld	_____ Euro	_____ Euro	
701 Girokonto (bitte vollständige Kopien der Kontoauszüge der letzten 3 Monate beifügen)	IBAN: _____ Guthaben: _____ Euro  IBAN: _____ Guthaben: _____ Euro	IBAN: _____ Guthaben: _____ Euro  IBAN: _____ Guthaben: _____ Euro	
702 Sparbücher (bitte Kopien von sämtlichen Seiten der Sparbücher beifügen)	Nr.: _____ Guthaben: _____ Euro  Nr.: _____ Guthaben: _____ Euro	Nr.: _____ Guthaben: _____ Euro  Nr.: _____ Guthaben: _____ Euro	
703 (Mit-)Eigentümer eines Hausgrundstückes oder sonstigen Grundbesitzes	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art und Größe des Grundstückes: _____  Lage des Grundstückes (Ort, Flurstück): _____  Eigentumsverhältnisse: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art und Größe des Grundstückes: _____  Lage des Grundstückes (Ort, Flurstück): _____  Eigentumsverhältnisse: _____	
704 Wurde in der Vergangenheit Haus- und Grundbesitz veräußert oder übertragen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Datum _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Datum _____	
705 (Teil)Inhaber/in einer Firma oder eines Gewerbebetriebes	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Name und Anschrift: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Name und Anschrift: _____	
706 Wertpapiere, Sparbriefe	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
707 Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Institut und Vertrags-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Institut und Vertrags-Nr.: _____	
708 Eigentum von Hypotheken oder sonstigen Forderungen ggü. Dritten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
709 Lebensversicherungen bzw. Sterbegeldversicherungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
710 Bestattungsvorsorgevertrag bzw. einen Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	



711	Fahrzeuge (z. B. PKW, LKW, Motorrad, Anhänger, Wohnwagen, Elektrofahrzeug, etc.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Typ: _____ Baujahr: _____ Kennzeichen: _____ Wert: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Typ: _____ Baujahr: _____ Kennzeichen: _____ Wert: _____
712	Schmuck- oder Kunstgegenstände, Sammlungen etc.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
713	Wurde von Ihnen in den letzten 10 Jahren Vermögen auf andere Personen übertragen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art und Jahr: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art und Jahr: _____
8	<b>Bankverbindung</b>		
801	Kontoinhaber		
802	Kreditinstitut		
803	IBAN		
804	BIC		
805	Mit folgenden Direktzahlungen bin ich einverstanden:	<input type="checkbox"/> Miete an den Vermieter	<input type="checkbox"/> Energiekosten an den Versorger

**Ich nehme zur Kenntnis:** 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. Die Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern ich dieser Obliegenheit nicht nachkomme, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch) und dass ich zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen zu erstatten habe (§§ 45, 50 Sozialgesetzbuch X; § 103 Sozialgesetzbuch XII).

**Ich erkläre:** Den Antrag auf Sozialhilfeleistungen mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 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 Sozialhilfeleistungen 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 mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen. Soweit ein Ergänzungsbogen beigelegt wird, ist dieser Gegenstand des Antrags auf Leistungen nach dem SGB XII. Die hier gemachten Angaben und abgegebenen Erklärungen gelten entsprechend auch für alle dort genannten Personen. Zur Klärung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse meiner Bedarfsgemeinschaft kann nach § 93 Abs. 8 und 9 der Abgabenordnung (AO) anlassbezogen jederzeit – auch nach Zugang des Bewilligungsbescheides – für jedes Mitglied der Bedarfsgemeinschaft ein **Abrufersuchen gegenüber dem Bundeszentralamt für Steuern (BZSt)** gestellt werden. Im Falle eines Abrufersuchens übermittelt das BZSt von den Kreditinstituten die **Kontenstammdaten meiner sämtlichen Konten** (u. a. Name des Kontoinhabers, Geburtsdatum, Kontonummer und Verfügungsberechtigung), soweit seit der Auflösung der Konten nicht mehr als drei Jahre vergangen sind (§ 93 b Abs. 4 AO i. V. m. § 24c Abs. 1 Kreditwesengesetz).

Die Informationsblätter „Hinweise zur Leistungsgewährung nach dem SGB XII“ sowie „Datenschutz nach der DSGVO“ habe ich erhalten.

Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten/Ehegattin/Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Verwaltungsakten und entsprechenden Geldleistungen.

Ich möchte ausschließlich Grundsicherungsleistungen erhalten, auf einen evtl. ergänzenden Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt verzichte ich.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
1. Person Unterschrift

\_\_\_\_\_  
2. Person Unterschrift