



## Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) – Sozialhilfe ab \_\_\_\_\_

<b>Antragsteller/in</b>	
Name, Vorname	Verhältnis zum Hilfesuchenden
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):	Telefon: <span style="float: right;">Handy:</span>
Beantragte Leistung: <input type="checkbox"/> Sicherung des Lebensunterhaltes <input type="checkbox"/> Krankenhilfe <input type="checkbox"/>	

Persönliche Verhältnisse:	Hilfesuchende/r / Haushaltsvorstand	Ehepartner/in – Lebensgefährte/in
Name, ggf. Geburtsname		
Vorname (Rufname unterstreichen) und Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Geburtsdatum		
Steuer Identifikationsnummer (ID)		
Geburtsort / Kreis / Land		
Sind Sie in einer stationären Einrichtung untergebracht oder ist diese geplant? (bitte Nachweise vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit/ab: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit/ab: _____
Anschrift (ggf. Anschrift vor Aufnahme in eine Einrichtung)		
Familienstand	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> alleinerziehend seit: _____	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Lebensgemeinschaft seit: _____
Falls getrenntlebend od. geschieden (wurde bereits eine Unterhaltsregelung getroffen, ggf. Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt (mit Anschrift) wurde beauftragt: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt (mit Anschrift) wurde beauftragt: _____
Erwerbsstatus		
Sind Sie erwerbsfähig? (falls Einschränkungen bestehen, bitte Nachweise vorlegen)	<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) <input type="checkbox"/> nein (kann nicht arbeiten)	<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) <input type="checkbox"/> nein (kann nicht arbeiten)
Verfügen Sie über einen Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie beifügen
Staatsangehörigkeit (bei ausländischen Staatangehörigen bitte Kopie der Aufenthaltsgenehmigung beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
Sind Sie gesetzlich krankenversichert?	<input type="checkbox"/> ja (bitte Beitragsnachweis vorlegen) <input type="checkbox"/> nein (bitte ergänzende Angaben zur Sozialversicherung ausfüllen)	<input type="checkbox"/> ja (bitte Beitragsnachweis vorlegen) <input type="checkbox"/> nein (bitte ergänzende Angaben zur Sozialversicherung ausfüllen)
Besteht ein Mehrbedarf wegen:	<input type="checkbox"/> kostenaufwändiger Ernährung wegen _____ <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (Mutterpass vorlegen)	<input type="checkbox"/> kostenaufwändiger Ernährung wegen _____ <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (Mutterpass vorlegen)

## Angaben zu weiteren Personen Im Haushalt

Name, ggf. Geburtsname				
Vorname/n und Geschlecht (Rufname unterstreichen)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Geburtsdatum				
Geburtsort / Kreis / Land				
Steuer Identifikationsnummer (ID)				
Verwandtschaftsgrad zur / zum Hilfesuchenden (bei Kindern Angabe ob ehelich oder nicht ehelich)				
Familienstand	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____
Falls getrennt lebend oder geschieden (wurde bereits eine Unterhaltsregelung getroffen, ggf. Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt (mit Anschrift) wurde beauftragt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt (mit Anschrift) wurde beauftragt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt (mit Anschrift) wurde beauftragt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Anwalt (mit Anschrift) wurde beauftragt:
Sind diese krankenversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____
Verfügen Sie über einen Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie befügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie befügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie befügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Kopie befügen
Erwerbsstatus				
Auszubildender -auch Schulausbildung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Ausbildung als
Sind diese erwerbsfähig ? (falls Einschränkungen bestehen, bitte Nachweise vorlegen)	<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) <input type="checkbox"/> nein (kann nicht arbeiten)	<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) <input type="checkbox"/> nein (kann nicht arbeiten)	<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) <input type="checkbox"/> nein (kann nicht arbeiten)	<input type="checkbox"/> ja (kann vollschichtig arbeiten) <input type="checkbox"/> eingeschränkt (kann aber mehr als 3 Stunden am Tag arbeiten) <input type="checkbox"/> nein (kann nicht arbeiten)
Staatsangehörigkeit (bei Ausländern bitte Kopie der Aufenthaltsgenehmigung beifügen)	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
Sind Sie in einer stationären Einrichtung untergebracht ? (bitte Nachweise vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
Besteht ein Mehrbedarf wegen:	<input type="checkbox"/> kostenaufwändiger Ernährung wegen _____ <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (bitte Mutterpass vorlegen)	<input type="checkbox"/> kostenaufwändiger Ernährung wegen _____ <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (bitte Mutterpass vorlegen)	<input type="checkbox"/> kostenaufwändiger Ernährung wegen _____ <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (bitte Mutterpass vorlegen)	<input type="checkbox"/> kostenaufwändiger Ernährung wegen _____ <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (bitte Mutterpass vorlegen)

**Angaben über unterhaltspflichtige Personen – auch wenn verstorben –  
(Eltern, Kinder, getrennt lebende/r und geschiedene/r Ehegatte/in**

Unterhaltsberechtigte/r (Angabe des Namens)				
Unterhaltspflichtige/r (Name, Vorname)				
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Unterhaltsberechtigten				
Geburtsdatum/ ggf. Geburtsname				
Aktuelle Anschrift bzw. Sterbedatum				
Letzte bekannte Anschrift **				
Ausgeübter Beruf				
Arbeitgeber				
vermutlich Einkünfte über 100.000 EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
liegt bereits ein Unterhaltstitel vor (Urteil, Vergleich, Urkunde)	<input type="checkbox"/> ja, (bitte Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, (bitte Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, (bitte Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, (bitte Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein

Unterhaltsberechtigte/r (Angabe des Namens)				
Unterhaltspflichtige/r (Name, Vorname)				
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Unterhaltsberechtigten				
Geburtsdatum/ ggf. Geburtsname				
Aktuelle Anschrift bzw. Sterbedatum				
Letzte bekannte Anschrift **				
Ausgeübter Beruf				
Arbeitgeber				
vermutlich Einkünfte über 100.000 EUR	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
liegt bereits ein Unterhaltstitel vor (Urteil, Vergleich, Urkunde)	<input type="checkbox"/> ja, (bitte Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, (bitte Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, (bitte Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, (bitte Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein

\*\* Falls die aktuelle Anschrift nicht bekannt ist, ist die letzte bekannte Anschrift anzugeben.

## Wohn- und Aufenthaltsverhältnisse des / der Hilfesuchenden

Zugezogen von / am:	
Seit wann ortsanwesend (Datum)?	
Wurde in den vergangenen 2 Jahren bereits Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes bezogen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Grundsicherung <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II/Sozialgeld von _____

### Angaben bei Mietverhältnissen

Art des Mietverhältnisses (bei Untervermietung Nachweis über das Einverständnis des Hauseigentümers vorlegen)	<input type="checkbox"/> Hauptmieter <input type="checkbox"/> Untermieter <input type="checkbox"/> Mitbewohner
Vermieter (Name, Straße, Haus-Nr, PLZ, Ort, Bankverbindung)	
Ist der Vermieter Angehöriger oder Verwandter? (ggf. Angabe des Verwandtschaftsverhältnisses)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
Höhe der Miete (ist Anhand der Mietbescheinigung nachzuweisen)	Grundmiete: _____ € Umlagen: _____ € Heizung: _____ €
Ist ein Teil der Wohnung an Dritte untervermietet? (bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl der Zimmer: _____ qm: _____ Mietpreis: _____ €
Bis wann wurde Miete gezahlt?	<input type="checkbox"/> lfd. Monat <input type="checkbox"/> bis einschl. _____
Bestehen Mietrückstände? ggf. Aufstellung des Vermieters beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für die Zeit vom _____ bis _____
Wurde die Wohnung gekündigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wegen Mietrückstand <input type="checkbox"/> ja, wegen Eigenbedarf zum _____ <input type="checkbox"/> ja, zum _____ wegen _____
Liegt eine Räumungsklage vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ Aktenzeichen des Amtsgerichtes: _____
Liegt ein Räumungsurteil vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Räumungstermin: _____ Aktenzeichen des Amtsgerichtes: _____
Wurde das Mietverhältnis bereits zu einem früheren Zeitpunkt wegen Mietrückständen gekündigt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____
Wird Wohngeld bezogen? (ggf. Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____ <input type="checkbox"/> nicht beantragt <input type="checkbox"/> ja, mtl. _____ € Wohngeld-Nr: _____

### Wohneigentum Nein Ja, weitere Angaben:

Größe des Eigenheimes	Grundstücksfläche _____ qm Wohnfläche _____ qm Anzahl der Räume: _____
Art des Eigenheimes	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus mit Einliegerwohnung <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung
Monatliche Belastungen (Nachweise sind vorzulegen)	Schuldzinsen: _____ € Tilgung: _____ € sonstige Hauslasten: _____ € Höhe der derzeitigen Restschuld: _____ € Verkehrswert des Grundvermögens: _____ €
Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mtl. _____ € (Grundmiete ohne Betriebskosten)
Wird Lastenzuschuss nach dem Wohngeldgesetz bezogen? (ggf. Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am _____ <input type="checkbox"/> nicht beantragt <input type="checkbox"/> ja, mtl. _____ € Wohngeld-Nr: _____

## Einkommensverhältnisse der Haushaltsgemeinschaft

(hierzu zählen sämtliche Einkünfte in Geld oder Geldeswert, z. B. Arbeitseinkünfte, Leistungen der Agentur für Arbeit, Krankengeld, Wohngeld, Rente, Unterhalt, Unterhaltsvorschussleistungen, Kindergeld, Kinderzuschlag etc.)

Einkunftsart	Name:	Name:	Name:
Erwerbseinkünfte Arbeitseinkommen (netto) Fahrtkosten zur Arbeitsstätte einfache Entfernung bei Nutzung PKW Preis Monatsfahrkarte ÖPNV Beitrag zu Berufsverbänden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____
Arbeitslosengeld I Betrag (täglich/wöchentlich) Kunden-Nummer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____
Kindergeld / Kinderzuschlag Betrag Kindergeldnummer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____
Leistungen der Rententräger Leistungsart Betrag Versichertennummer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____
Unterhalt Betrag Unterhaltspflichtiger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____
Unterhaltsvorschuss Betrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____
Leistungen der Krankenkasse/Pflegekasse Leistungsart Betrag (werk-/ kalendertäglich) Versichertennummer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____ _____
Sonstige Einkünfte Einkunftsart Betrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____
Sonstige vom Einkommen absetzbare Beträge (z. B. Hausrat- bzw. Haftpflichtversicherung - werden nur anerkannt, wenn sie nach Grund und Höhe angemessen sind)	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____

Ich / Wir habe/n  folgende  keine Einkünfte beantragt:

Beantragte Leistung (Rente, Arbeitslosengeld I, Krankengeld, etc.)			
Antrag gestellt am:			
Zahlungspflichtiger (Rententräger, Arbeitsamt etc.)			

Zu allen Angaben auf dieser Seite sind unbedingt Nachweise beizufügen

## Vermögensverhältnisse der Haushaltsgemeinschaft

Person:	Name:	Name:	Name:
Bargeld (auch Kleinbeträge)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ €
Girokonto (Auskunftsvollmacht beifügen)** Bank (Bezeichnung) BIC IBAN derzeitiger Kontostand	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ _____ €
Sparguthaben (Auskunftsvollmacht beifügen)** Bank (Bezeichnung) BIC IBAN derzeitiger Kontostand	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ _____ €
Bausparvertrag (letzten Jahreskontoauszug beifügen) Bausparkasse Vertragsnummer derzeitiges Guthaben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ €
Lebensversicherung/en (bitte den Vertrag/Police vorlegen) Versicherungsunternehmen Vertragsnummer derzeitiges Guthaben (aktuelle Rückkaufwertbescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ €
Sterbegeldversicherung/en (bitte den Vertrag / die Police vorlegen)** Versicherungsunternehmen Vertragsnummer derzeitiges Guthaben (aktuelle Rückkaufwertbescheinigung beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ €
Sonstiges Barvermögen (z. B. Wertpapiere, Aktien, Schatzbriefe, Hypothekenbriefe, Sparverträge, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei _____ _____ €
Grundeigentum (soweit nicht selbst bewohnt) Art: Größe (Wohn- und Grundfläche) Lage (Ort/Flur/Flurstück) Verkehrswert:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ €
Kraftfahrzeug/e (Kfz-Schein beifügen) Modell Kilometerstand Erstzulassung Amtl. Kennzeichen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ _____ _____ €
Sonstiges Vermögen Angabe der Art und des Wertes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ €
Fällige Erbschaftsansprüche (Art und Wert des Nachlasses)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ _____ €

\*\*Zu allen Angaben auf dieser Seite sind unbedingt Nachweise beizufügen. Sofern über die Guthabenstände innerhalb der letzten 6 Monate kein Nachweis geführt werden kann, sind die Bankvollmachten vorzulegen.

## Derzeitiges bzw. letztes Arbeitsverhältnis

Person (Name)		
Dauer der Tätigkeit	Von _____ bis _____	Von _____ bis _____
Art der Tätigkeit		
Firma (genaue Adresse angeben)		
Gründe für die etwaige Lösung des Arbeitsverhältnisses		
Zuständige Krankenkasse		

### Ansprüche gegen Dritte

Schadensersatzansprüche gegen einen Dritten, ein Versicherungsunternehmen oder eine Berufsgenossenschaft (Nur ausfüllen, wenn eine Behinderung oder ein Leiden oder die Arbeitsunfähigkeit auf einen Unfall, eine andere schadensersatzpflichtige Handlung oder eine Berufskrankheit zurückzuführen ist – ggf. kurze Sachverhaltsschilderung auf einem Beiblatt angeben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> geltend gemacht am _____ noch nicht geltend gemacht gegen _____ Ergebnis: _____ Versicherung / Gericht _____ Aktenzeichen: _____
Beihilfeanspruch (nach den Beihilfevorschriften für Beamte)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anschrift der Beihilfestelle: _____ _____ _____ Aktenzeichen: _____
Sonstige Ansprüche (private Unfallversicherung, Sterbegeldversicherung, Einsitzrecht, Altenteilsrecht, Leibrenten)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Anschrift: _____ Bezeichnung: _____ Aktenzeichen: _____  Anschrift: _____ Bezeichnung: _____ Aktenzeichen: _____

### Rechte aus Verträgen / Schenkungen

Wurde Grundvermögen innerhalb der letzten 10 Jahre an Dritte verschenkt / verkauft? (Bitte letzten Grundbuchauszug beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ Käufer / Beschenker: _____ Anschrift: _____ Wert: _____ € Grundstücksart: _____ Vertrag vom: _____
Wurde Bar- / Sparvermögen / Wertpapiere oder anderes Vermögen innerhalb der letzten 10 Jahre an Dritte verschenkt / verkauft / übergeben? (Bitte Nachweise beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ Käufer / Beschenker: _____ Anschrift: _____ Wert: _____ € Grundstücksart: _____ Vertrag vom: _____
Übergabevertrag (Vertrag bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Einsitzrecht <input type="checkbox"/> Recht auf Wartung und Pflege <input type="checkbox"/> Verpflegungsrechte <input type="checkbox"/> Niebrauchrecht <input type="checkbox"/> Barleistung
Sonstige Verträge (Vertrag bitte beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Einsitzrecht <input type="checkbox"/> Recht auf Wartung und Pflege <input type="checkbox"/> Verpflegungsrechte <input type="checkbox"/> Niebrauchrecht <input type="checkbox"/> Barleistung Vertragsart: _____ Vertrag vom: _____

### Ausführliche Begründung des Antrages

(gehen Sie insbesondere ein auf die Ursache der jetzigen Notlage und eigene Vorstellungen zur Überwindung der Notlage)

Meinen Antrag begründe ich wie folgt:

Falls erforderlich, Fortsetzung auf Beiblatt

**Bankverbindung**  Ja  Nein (ggf. ein Konto auf Guthabenbasis bzw. P-Konto einrichten)

Girokonto	Kontoinhaber: _____
	Geldinstitut: _____
	BIC: _____
	IBAN: _____

**Folgende laufenden Aufwendungen sollen vom Sozialhilfeträger direkt überwiesen werden:**

Empfänger	Betrag	Bank	BIC	IBAN	Verwendungszweck

### Ergänzende Angaben zur Sozialversicherungspflicht

Name, Vorname:	Hilfesuchende/r / Haushaltsvorstand	Ehepartner/in / Lebensgefährte/in/ Kind ab 14.Lj.
----------------	-------------------------------------	---

#### zur Krankenversicherung:

Wenn Sie nicht bereits freiwillig krankenversichert sind, müssen Sie für den Bezug ein Arbeitslosengeld II eine gesetzliche Krankenkasse auswählen.		
Sind Sie pflichtversichert, familienversichert oder freiwillig versichert?	<input type="checkbox"/> nein <i>(bitte eine Mitgliedsbescheinigung einer Krankenkasse Ihrer Wahl vorlegen, sofern Sie privat krankenversichert sind)</i> <input type="checkbox"/> ja, bei <i>(Name/Adresse der Krankenkasse)</i>	<input type="checkbox"/> nein <i>(bitte eine Mitgliedsbescheinigung einer Krankenkasse Ihrer Wahl vorlegen, sofern Sie privat krankenversichert sind)</i> <input type="checkbox"/> ja, bei <i>(Name/Adresse der Krankenkasse)</i>
Mitgliedsnummer der Krankenkasse:		
Wenn Sie von Ihrem Ehegatten/Lebenspartner getrennt leben, ist zu prüfen, ob Sie dennoch über diesen beitragsfrei familienversichert werden können:		
getrenntlebend von:	Name, Vorname des Partners	Name, Vorname des Partners
Name und Adresse der Krankenkasse:		
Mitgliedsnummer:		

#### zur Rentenversicherung:

Rentenversicherungsnummer:		
Besteht eine private Rentenversicherung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ <i>(bitte Versicherungsunterlagen vorlegen)</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ <i>(bitte Versicherungsunterlagen vorlegen)</i>



## Erklärung des / der Hilfesuchenden oder des / der gesetzlichen Vertreter/s/in des / der Hilfesuchenden

Ich / Wir versichere/n, dass die vorstehenden Angaben und sowie die Angaben in den ggfs. beiliegenden Anlagen vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel – unverzüglich und unaufgefordert dem Fachbereich Arbeit, Bildung, Jugendhilfe und Soziales des Landkreises Hersfeld-Rotenburg, Regionale Fachdienste , mitzuteilen.

Im Rahmen meiner/unserer Mitwirkungspflichten nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60-67 SGB, 1. Buch) bin/sind ich/wir verpflichtet, die Ärzte, die mich/uns behandeln oder behandelt haben oder denen ich/wir vorgestellt worden bin/sind oder werde/n, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Hilfe erforderlich ist.

**Komme ich/wir meiner/unserer Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages bzw. zur Versagung oder Entziehung der Leistungen führen (§ 66 SGB I).**

**Mir/Uns ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges erfolgt. Auch der Versuch ist strafbar und wird verfolgt.**

Ich/Wir nehme/n zur Kenntnis, dass meine/unsere personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer automatisierten Datenverarbeitung gespeichert und die Angaben zur Kfz-Halterschaft überprüft werden.

Ich/Wir bin/sind belehrt worden, dass ich/wir umgehend noch die in der Anlage angegebenen Unterlagen vorzulegen habe/n.

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>(Ort, Datum)</span> <span>(Unterschrift -Antragsteller/in-)</span> </div>

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>(Ort, Datum)</span> <span>(Unterschrift volljähriger Hilfesuchende/r)</span> </div>

### Änderungsvermerke

Ich bestätige, dass die Änderungen, die der/die Mitarbeiter/in der Behörde vorgenommen hat, mit mir besprochen wurden und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>(Ort, Datum)</span> <span>(Stempel/Unterschrift )</span> </div>

### Stellungnahme der aufnehmenden Behörde

Der/Die Antragsteller/in sind polizeilich, wie im Antrag angegeben, gemeldet

- ja, mit Erstwohnsitz  
 ja, mit Zweitwohnsitz,  
 Erstwohnsitz ist  
 Nein

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>(Ort, Datum)</span> <span>(Stempel/Unterschrift)</span> </div>