

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

- Antrag auf
- Hilfe zum Lebensunterhalt
  - Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
  - sonstige Leistungen (z.B. Hilfe zur Pflege)
  -

In der Unterkunft leben folgende Personen (wenn Sie auch für diese Personen Leistungen beantragen möchten, bitte jeweils ankreuzen):

1. Person _____	<input type="checkbox"/>	4. Person _____	<input type="checkbox"/>
2. Person _____	<input type="checkbox"/>	5. Person _____	<input type="checkbox"/>
3. Person _____	<input type="checkbox"/>	6. Person _____	<input type="checkbox"/>

► Für die Angaben zur dritten und weiteren Personen füllen Sie bitte den Ergänzungsbogen aus.

### 1. Persönliche Verhältnisse

101	1. Person	2. Person
102	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
103	Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> minderjähriges Kind <input type="checkbox"/> _____

► Bitte legen Sie Ihre Personaldokumente vor.

104	Familienname		
105	Geburtsname		
106	Vorname		
107	Geburtsdatum und Geburtsort		
108	Straße, Hausnummer		
109	PLZ, Ort		
110	Telefonnummer		
111	Familienstand	<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: _____
112	Haben Sie bereits Sozialleistungen erhalten?	<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
113	Staatsangehörigkeit		
114	Sind Sie Spätaussiedler/in?	<input type="checkbox"/> Ja – eingereist am: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – eingereist am: _____ <input type="checkbox"/> Nein
►	Hatten Sie Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
115	<b>Falls Ja:</b> Bitte vollständig angeben und erläutern, ggf. auf einem Extra-Blatt	Ihr dortiger Wohnort (von – bis) _____ <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer Zeit der Erwerbstätigkeit (von – bis) _____ Erwerbstätigkeit als _____ bei _____	Ihr dortiger Wohnort (von – bis) _____ <input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer Zeit der Erwerbstätigkeit (von – bis) _____ Erwerbstätigkeit als _____ bei _____

### Für Ausländer

116	Wie ist Ihr aufenthaltsrechtlicher Status?		
117	Sind Sie Kontingentflüchtling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
118	Wann/warum sind Sie nach Deutschland eingereist?	Datum: _____ Grund: _____	Datum: _____ Grund: _____
119	Wer hat Sie eingeladen und für Sie gebürgt?		

## Angaben zur Betreuerin / zum Betreuer / Beistandsschaft des Jugendamtes

120	Haben Sie eine/n Betreuer/in oder einen Beistand?	<input type="checkbox"/> Ja – Bitte fügen Sie die Bestellungsurkunde / Nachweise bei. <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Bitte fügen Sie die Bestellungsurkunde / Nachweise bei. <input type="checkbox"/> Nein
121	Familienname, Vorname		
122	Adresse		
123	Telefonnummer		
124	Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z. B. Heim, Krankenhaus o. ä.)?	<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 Minderjähriger 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

▶ Wenn Sie eine der Fragen 124 bis 127 mit Ja beantwortet haben:

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

201		1. Person	2. Person
202	Familienname		
203	Vorname		
204	Geburtsdatum und -ort		
205	Straße, Hausnummer		
206	PLZ, Ort		
207	Haben Sie Unterhaltsansprüche gegen Ihre/n geschiedene/n oder getrennt lebende/n Ehegatten/ Ehegattin oder Ihre/n Partner/ Partnerin einer 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 Unterhaltsansprüche noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, ich habe meine Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, ich habe bereits einen Unterhaltstitel	<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 Unterhaltsansprüche noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, ich habe meine Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja, ich habe bereits einen Unterhaltstitel

### Angaben zu weiteren unterhaltspflichtigen Angehörigen

(z.B.: Eltern, Kindesvater/-mutter außerhalb des Haushaltes; Kinder – auch aus früheren Ehen –, nicht eheliche Kinder, Adoptivkinder)

208	Familienname, Vorname	Geburtsdatum, Geburtsort	Verwandtschaftsverhältnis	Familienstand	Beruf / zurzeit ausgeübte Tätigkeit	Anschrift
209			Zur Person Nr. 1 <input type="checkbox"/> Nr. 2 <input type="checkbox"/>			
210			Zur Person Nr. 1 <input type="checkbox"/> Nr. 2 <input type="checkbox"/>			
211			Zur Person Nr. 1 <input type="checkbox"/> Nr. 2 <input type="checkbox"/>			
212			Zur Person Nr. 1 <input type="checkbox"/> Nr. 2 <input type="checkbox"/>			
213	Verfügt Ihr Vater oder Ihre Mutter oder eines Ihrer Kinder über erhebliches Einkommen (über 100.000 EUR jährlich)			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, wer? _____		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Falls ja, wer? _____



4. Kranken- und Pflegeversicherung			
▶ Bitte legen Sie eine aktuelle Mitgliedschaftsbescheinigung vor – bei Privatversicherung auch über den Versicherungsumfang.			
401		1. Person	2. Person
402	Wo sind Sie versichert?		
	Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat
403	Bei freiwilliger oder privater Versicherung: Wie hoch ist der monatliche Beitrag?	_____ EUR	_____ EUR
404	Sind Sie im Krankheits- oder Pflegefall beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei _____
5. Mehrbedarf			
▶ Bitte legen Sie Nachweise zu Ihren Angaben vor (z.B.: Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid über die Schwerbehinderung; ärztliche Bescheinigungen).			
501		1. Person	2. Person
502	Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> Ja, gültig bis _____	<input type="checkbox"/> Ja, gültig bis _____
503	Falls ja: Ist das Merkzeichen „G“ oder „aG“ eingetragen?	Grad der Behinderung _____ % <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Grad der Behinderung _____ % <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
504	Ursache 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"/> genaue Ursache ist nicht bekannt <input type="checkbox"/> sonstige Gründe _____	<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"/> genaue Ursache ist nicht bekannt <input type="checkbox"/> sonstige Gründe _____
505	gegenüber Dritten (z.B. Haftpflichtversicherung) (Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei)	<input type="checkbox"/> Ja, gegen _____ <input type="checkbox"/> Nein, weil _____	<input type="checkbox"/> Ja, gegen _____ <input type="checkbox"/> Nein, weil _____
506	Wurde gegen den Schadenverursacher geklagt? (Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei)	<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 _____
507	Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
508	Falls ja: Wann ist der voraussichtliche Entbindungstermin?	_____	_____
509	Sind Sie allein erziehend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
510	Benötigen Sie wegen einer Krankheit oder Behinderung eine besondere und deswegen teure Ernährung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Falls ja, erhalte ich weitere Unterlagen, die von meinem Arzt auszufüllen sind.			
6. Versorgungsbedarf			
▶ Bitte legen Sie Nachweise zu Ihren Angaben vor (z.B.: Schwerbehindertenausweis oder Feststellungsbescheid über die Schwerbehinderung; ärztliche Bescheinigungen).			
601		1. Person	2. Person
602	Benötigen Sie Hilfe im Haushalt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
603	Falls ja: Wofür und wie häufig?	_____	_____
604	Wer leistet die Hilfestellung?	<input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte / Nachbarn <input type="checkbox"/> Hilfsdienst – welcher? _____	<input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte / Nachbarn <input type="checkbox"/> Hilfsdienst – welcher? _____
605	Benötigen Sie Hilfen zur Pflege an Ihrer Person?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
606	Falls ja: Wofür und wie häufig?	_____	_____
607	Wer leistet die Hilfestellung?	<input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte / Nachbarn <input type="checkbox"/> Hilfsdienst – welcher? _____	<input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Freunde / Bekannte / Nachbarn <input type="checkbox"/> Hilfsdienst – welcher? _____
608	Wie hoch sind die notwendigen Kosten?	_____ EUR monatlich	_____ EUR monatlich
609	Wurde ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
610	Warum sind Sie pflegebedürftig?	wegen: <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Alter <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Fremdverschulden	wegen: <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Alter <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Fremdverschulden

7. Einkommen			
<p>1. Es sind sämtliche Einkünfte, auch geringfügige, anzugeben. Die unten stehende Aufzählung ist insoweit nicht abschließend. Es kommt nicht darauf an, ob die Einkünfte steuer- oder sozialversicherungspflichtig sind.</p> <p>2. Bitte legen Sie Ihre Einkommensnachweise der letzten 12 Monate vor, wie z. B. Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigung, Steuerbescheid.</p>			
701		<b>1. Person</b>	<b>2. Person</b>
702	Üben Sie derzeit eine Tätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ <input type="checkbox"/> Nein
703	Einkommensart	Monatlicher Betrag	Monatlicher Betrag
704	Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
705	Altersrente / Pensionen	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
706	Landwirtschaftliches Altersgeld	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
707	Unfallrente	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
708	Witwenrente / Waisenrente	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
709	Betriebs- / Werksrente	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
710	Ausländische Rente oder Rentenansprüche	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
711	Sonstige Rente	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
712	Private Rente (z. B.: Riester)	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
713	Kindergeld	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
	Wird die Leistung an das Kind weitergegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
714	Kindergeldzuschlag	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
715	Elterngeld	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
716	Wohngeld / Lastenzuschuss	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
717	Leistung der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
718	Leistung der Pflegekasse	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
719	Arbeitslosengeld II („Hartz IV“)	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
720	Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch III (z.B.: Arbeitslosengeld I / Berufsausbildungsbeihilfe / Eingliederungshilfe)	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
721	Ausbildungsförderung – BAföG	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
722	Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
723	Unterhalt	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
724	Erwerbseinkommen / Ausbildungsvergütung	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
725	Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein

726	Einkünfte aus: Gewerbebetrieb	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
	Land- und Forstwirtschaft	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
	Vermietung und Verpachtung (Untermiete in Zeile 309 angeben)	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
	Kapitalvermögen (z.B. Zinsen)	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
	Sonstiger Tätigkeit (z.B. Kinderbetreuung, Unterricht, Künstler)	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
727	Steuererstattung	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
728	Geldwerte Ansprüche (z.B. freie Beköstigung, Wohnrecht, Leibrente, Pflege)	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
729	Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
730	Ich erkläre ausdrücklich, kein Einkommen zu haben	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
731	Haben Sie eine oder mehrere der o. g. Leistungen beantragt, erhalten aber noch keine Zahlung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls Ja, welche Leistung?  Bitte legen Sie einen Nachweis über die Antragstellung vor.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls Ja, welche Leistung?  Bitte legen Sie einen Nachweis über die Antragstellung vor.

### Vom Einkommen möglicherweise absetzbare Beträge

	Bitte nur angeben, soweit Sie diese nicht bereits bei den Angaben zum Einkommen berücksichtigt haben. Bitte legen Sie Nachweise zu Ihren Angaben vor.		
732	Ausgaben	Monatlicher Betrag	Monatlicher Betrag
733	Steuern auf das Einkommen	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
734	Sozialversicherungsbeiträge	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
735	Aufwendungen für Arbeitsmittel	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
736	Gewerkschaftsbeiträge o. ä.	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
737	Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
738	Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
739	Altersvorsorgebeiträge	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein
740	Sterbeversicherung	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja _____ EUR <input type="checkbox"/> Nein

### Bei Einkünften aus nichtselbstständiger Tätigkeit

(Wenn Sie keine Einkünfte aus nichtselbstständiger Tätigkeit haben, müssen die Zeilen 741 bis 743 nicht ausgefüllt werden.)

741	Wie weit ist Ihre Wohnung von Ihrer Arbeitsstelle entfernt?	_____ km	_____ km
742	Haben Sie Kosten für öffentliche Verkehrsmittel für den Weg zur Arbeitsstelle?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ EUR monatlich	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ EUR monatlich
743	Nutzen Sie für die Fahrt zur Arbeitsstelle ein Kraftfahrzeug?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Motorrad <input type="checkbox"/> Mofa

## 8. Vermögen

1. Es sind **sämtliche** Vermögenswerte, auch geringfügige oder **im Ausland** befindliche, anzugeben.  
Die unten stehende Aufzählung ist insoweit nicht abschließend.  
2. Bitte legen Sie für Ihre Vermögenswerte Nachweise vor, wie z.B.: Sparbücher, Kontoauszüge, Versicherungspolice, Kraftfahrzeugscheine.

801	Vermögensart	1. Person	2. Person
802	Bargeld	Höhe _____ EUR	Höhe _____ EUR
803	Girokonten	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
804	Sparguthaben (inklusive vermögenswirksame Leistungen)	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
805	Sparverträge	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
806	Bausparverträge	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
807	Wertpapiere / Aktien / Depotkonten / Fonds	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
808	Lebensversicherungen	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
809	Sterbeversicherungen / Bestattungsvorsorgeverträge	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
810	Haus- / Wohnungseigentum (auch im Ausland)	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
811	Sonstiger Grundbesitz (auch im Ausland)	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein

Bitte legen Sie Nachweise zu Wert und Größe sowie Lage des Haus-/Wohneigentums bzw. sonstigem Grundbesitz vor. Soweit möglich, sind Fotos vorzulegen.

812	Erzielen Sie hieraus Einkünfte? Falls Ja: Bitte Einkünfte durch Miet- oder Pachteinnahmen angeben und nachweisen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
813	Kraftfahrzeug(e)	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
814	private Altersvorsorge (z.B.: Riester-Rente)	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
815	Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohn-, Altenteilsrecht, Nießbrauch)	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
816	Forderungen gegenüber Dritten (z.B.: Arbeitgeber; Erbsprüche)	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
817	Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Nein
818	Ich erkläre ausdrücklich, kein Vermögen zu haben	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja

## Vermögensübertragungen

1. Es sind **sämtliche** Vermögensübertragungen, auch geringfügige, anzugeben.  
2. Bitte legen Sie Nachweise zu Ihren Angaben vor.

819	1. Person	2. Person
820	Haben Sie in den letzten zehn Jahren vor dieser Antragstellung Vermögen auf andere Personen übertragen (z. B. durch Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)?  Vermögensart: _____ Am: _____ In Höhe von: _____ An: _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> mit Urkunde / Vertrag  Vermögensart: _____ Am: _____ In Höhe von: _____ An: _____ <input type="checkbox"/> Nein

## 9. Bankverbindung

901	Kontoinhaber		
	Kreditinstitut		
902	IBAN		
903	BIC		
904	Mit folgenden Direktzahlungen bin ich einverstanden:	<input type="checkbox"/> Miete an den Vermieter	<input type="checkbox"/> Energiekosten an den Versorger <input type="checkbox"/> Beitrag an die Kranken- bzw. Pflegekasse

**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. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch-Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden. **Weiterhin können falsche oder unvollständige Angaben im Antragsvordruck strafrechtliche Folgen haben.**

**Ich erkläre:** Den Antrag auf Sozialhilfeleistungen 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 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 mitzuteilen. 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.

- 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.  
 Ich weiß, dass ich diesen Verzicht jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Datum

1. Person Unterschrift

2. Person Unterschrift