

Antrag auf Leistungen nach Sozialgesetzbuch 12 (SGB XII)

Az.: 50

Ausgehändigt am _____ von _____

Eingang am _____ bei _____

PN (= Personennummer)

01

02

1 Persönliche Verhältnisse			
	Hilfesuchende/r	männlich weiblich	nicht getrennt lebender Ehegatte nicht getrennt lebender Lebenspartner Partner in eheähnlicher Gemeinschaft
Name			
Vorname			
Geburtsname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Familienstand	ledig verwitwet Lebenspartnerschaft begründet Lebenspartnerschaft aufgehoben getrennt lebend (bitte Anlage 2 ausfüllen) geschieden (bitte Anlage 2 ausfüllen)	verheiratet	ledig verheiratet verwitwet Lebenspartnerschaft begründet Lebenspartnerschaft aufgehoben getrennt lebend (bitte Anlage 2 ausfüllen) geschieden (bitte Anlage 2 ausfüllen)
Staatsangehörigkeit	a) deutsch b)		a) deutsch b)
falls b): Aufenthaltstitel	gültig bis		gültig bis
Spätaussiedler	nein ja		nein ja
Anschrift (mit PLZ)			
Telefon			
Schwerbehindertenausweis	nein ja Merkmal G MdE % beantragt am Erhöhungsantrag gestellt am		nein ja Merkmal G MdE % beantragt am Erhöhungsantrag gestellt am
gesetzlicher Betreuer/ Bevollmächtigter	nein ja (Nachweis beifügen)		nein ja (Nachweis beifügen)
Name			
Anschrift (mit PLZ)			
Telefon			

2 Weitere Personen im Haushalt					
PN	Name, Vorname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Verwandtschaftsverh.	Beruf
03					
04					
05					
06					
07					

3 Wohn- und Aufenthaltsverhältnisse vor Antragstellung bzw. vor Heimaufnahme in den letzten 12 Monaten				
von	bis	Straße, Wohnort	Einrichtung	Sozialhilfe/ALG II
			ja nein	ja nein
			ja nein	ja nein
Wenn bisher in einer Einrichtung gewohnt: letzter vorheriger Aufenthaltsort				
von	bis	Straße, Wohnort	ja nein	ja nein

4 Grenzübertritt aus dem Ausland oder Rückreise bei Auslandsaufenthalt		nein	ja:
Tag der Einreise	Ort/Land der Einreise		

5 Einkommen (alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert, z. B. Gehalt, Rente - auch ausländische, Versorgungsbezüge, Einmalzahlungen, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Unterhalt, Sonstiges)			
PN	Art	Betrag	Rentenzeichen, Steuernummer usw.

6 Erhalten Sie Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens ?	ja	nein

7 Wurden andere Sozialleistungen beantragt (z. B. Renten, Pflegekasse, ALG II)?	ja	nein
falls ja: welche?	Datum	

8 Haben Sie sonstige Forderungen (z. B. Schadenersatz, Erbe, Pflichtteil, Schenkung, Schmerzensgeld, Außenstände usw.)?	
nein	
ja	Forderung

9 Rentenversicherung						
PN	Beiträge gezahlt		Beitragsmonate/-jahre	Rententräger	Versicherungsnummer	Rente beantragt am
	ja	nein				
	ja	nein				

9a Haben Sie jemals freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?	
ja - Bitte Nachweise beifügen	nein

10 Krankenversicherung			
PN	Krankenkasse/Pflegekasse	Betrag	
			pflichtversichert
			freiwillige Versicherung Familienversicherung
			private Krankenkasse keine Krankenkasse

11 Folgende Versicherungen sind vorhanden (z. B. Haftpflicht, Hausrat, Unfall, Krankenhaustagegeld, Gewerkschaft, Lebens- und/oder Sterbegeld)		
PN	Art	Betrag
		mtl. jährl.
		mtl. jährl.
		mtl. jährl.

12 Unterhaltsansprüche bei Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch 12, 4. Kapitel (Grundsicherungsleistungen)		
	1. Person	2. Person (nur ausfüllen, wenn 2. Person auch Antragsteller/-in ist)
Verfügen Ihre Eltern gemeinsam oder verfügt eines Ihrer Kinder allein vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100 000 Euro jährlich)?	ja nein	ja nein
falls ja: bitte die Erklärung zu unterhaltspflichtigen Angehörigen (Anlage 2) beifügen		

13 Vermögen
bitte die Vermögenserklärung (Anlage 1) vollständig ausfüllen

14 Welche Leistungen möchten Sie beantragen (z. B. Leistungen für den Lebensunterhalt, Heimkosten, ambulante Pflege)?
bitte den Antrag in Stichworten begründen

15 Ich bitte darum, dass das Sozialamt
den Pflegedienst die Pflegeeinrichtung
über die Leistungsgewährung informiert.

16 Die Leistungen sollen auf folgende Bankverbindung überwiesen werden		
BIC	IBAN	Kontoinhaber

17 Abtretungen	
Sollen Teile der Leistungen an Dritte überwiesen werden (z. B. Miete, Stadtwerke, Krankenkassen usw.)?	
nein ja	bitte Bankverbindung/en beifügen
falls ja: welche?	

18 Erklärung zur gegenseitigen Bevollmächtigung	
Wir, Eheleute/Lebenspartner	(Namen, Vornamen)
bzw. eheähnliche Partner	(Namen, Vornamen)
bevollmächtigen uns gegenseitig, die Sozialhilfeangelegenheiten des jeweils anderen Partners zu erledigen, Zahlungen, Bescheide usw. in Empfang zu nehmen	

WICHTIG: Zu sämtlichen Angaben in diesem Antrag bitte aktuelle Nachweise beifügen!

Wer Sozialhilfe beantragt oder erhält, muss alle Tatsachen angeben, die für die Leistung erheblich sind. Sofern der Sozialhilfeträger es wünscht, muss er zustimmen, dass Dritte erforderliche Auskünfte erteilen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (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 des Strafgesetzbuches). Es ist mir ferner bekannt, dass ich 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 -) (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I).

Ich bin darüber unterrichtet, dass meine Ansprüche gegen Dritte in gesetzlich zulässigem Umfang auf den Träger der Sozialhilfe übergeleitet werden können.

Mir ist bekannt, dass die anzugebenden personenbezogenen Daten sowie künftige Änderungen dieser Datei im Sinne von § 2 Abs. 1 des Bundesdatenschutzgesetzes verarbeitet werden. Meine personenbezogenen Daten werden aufgrund von § 60 SGB I erhoben.

Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/in / Partner/in

Sachbearbeiter/in (Datum, Unterschrift)