

Eingangsvermerk
 Datum:

Antrag auf Leistungen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) bzw. Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Bekanntwerden des
 Hilfeanspruches:
 Datum

- Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel)
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel)
- Leistungen für Bildung und Teilhabe
- Bestattungskosten für _____
- sonstige Leistungen (5. bis 9. Kapitel): _____
- Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)
- Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (Kriegsopferfürsorge)
- sonstiges: _____

I.	Persönliche Verhältnisse	1. Antragsteller(in)		2. Antragsteller(in)	
		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
		<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> eingetragener Lebenspartner (LP) <input type="checkbox"/> Partner in eheähnl. Gemeinschaft <input type="checkbox"/> _____			
1.	Familienname				
2.	Geburtsname				
3.	Vorname				
4.	Geburtsdatum				
5.	Geburtsort/Kreis				
6.	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> eingetr. LP <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr.leb. (LP) <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> LP aufgehoben seit: _____ Ort der Eheschließung: _____		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> eingetr. LP <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.leb. (Ehe) <input type="checkbox"/> getr.leb. (LP) <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> LP aufgehoben seit: _____ Ort der Eheschließung: _____	
7.	Bei stationärem Aufenthalt: Name der Einrichtung				
8.	Straße und Hausnummer				
9.	Postleitzahl und Ort				
10.	Telefonnummer und ggf. E-Mail (freiwillige Angabe)				
11.	Staatsangehörigkeit				
12.	ausländerrechtlicher Status				
13.	Datum der Einreise in die BRD				
14.	Mitglied in einer Kranken- und Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja: Name der Versicherung: Anschrift: KV-Nr.: Zuzahlungsbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nur bei Unterbringung in stationären Einrichtungen: Wird der darlehensweisen Übernahme der Zuzahlung nach § 61 SGB V ab Beginn des nächsten Kalenderjahres widersprochen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja: Name der Versicherung: Anschrift: KV-Nr.: Zuzahlungsbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nur bei Unterbringung in stationären Einrichtungen: Wird der darlehensweisen Übernahme der Zuzahlung nach § 61 SGB V ab Beginn des nächsten Kalenderjahres widersprochen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
15.	<u>Bankverbindung:</u> Name des Geldinstituts IBAN (Bankleitzahl, Kontonummer)	
16.	Ist ein Betreuer oder Bevollmächtigter bestellt? <u>Vollmacht bzw. Beschluss des Amtsgerichtes sind dem Antrag unbedingt beizufügen.</u>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt wenn ja: Name, Anschrift, Telefonnummer		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt wenn ja: Name, Anschrift, Telefonnummer	

Hinweis: Sollte der Platz für einzelne Angaben nicht ausreichend sein, bitte gesondertes Blatt beifügen.

II. Familienverhältnisse: Weitere im Haushalt bzw. in der Wohngemeinschaft lebende Personen (z.B. Kinder, Eltern, Verwandte, Verschwägerte, andere Personen)

Nr.	Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts- verhältnis	Staatsangehörig- keit /Status
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

II a. Unterhaltspflichtige Angehörige des/der Antragstellers/-in außerhalb des gemeinsamen Haushaltes (Eltern, Kinder, auch aus früheren Ehen, nichteheliche Kinder, Adoptivkinder, getrenntlebende oder geschiedene Ehegatten / Lebenspartner)

Nr.	Name	Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschafts- verhältnis	Anschrift
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

II b. Verfügen eines Ihrer Kinder oder Ihre Eltern(-teile) über ein jährliches Gesamteinkommen, das über einem Betrag von 100.000 € liegt?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja und zwar: (Name, Vorname, - Anschrift und Verwandtschaftsverhältnis siehe oben -)
-------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

II c. Verstorbene Ehegatten, Eltern und Angehörige der Haushaltsgemeinschaft

Name, Vorname	Geburtsdatum	Sterbedatum	Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller/-in	An den Kriegsfolgen verstorben?

III. Mehrbedarfe

Ist einer der Antragsteller oder einer der Angehörigen im Besitz eines Schwerbehindertenausweises bzw. eines Bescheides über die Feststellung einer Schwerbehinderteneigenschaft?

	1. Antragsteller(in) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	2. Antragsteller(in) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Grad der Behinderung, zuerkannte Merkmale:	GdB.....% Merkez.:	GdB.....% Merkez.:
Ursachen der Behinderung: - Impfschaden? - Unfall ggf. unter Beteiligung Dritter?	<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
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja, SSW: <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, SSW: <input type="checkbox"/> nein
Bedürfen Sie krankheits- oder behinderungsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung? (ärztl. Attest erforderlich)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Erkrankung, Art der Ernährung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Erkrankung, Art der Ernährung)

Hinweis: Sollte der Platz für einzelne Angaben nicht ausreichend sein, bitte gesondertes Blatt beifügen.

IV. Wohnverhältnisse

Iva. Selbstgenutzter Wohnraum – Mietwohnung - (bei stationärem Aufenthalt die bisherige Wohnung, sofern sie weiterhin besteht, z.B. weiter vom Ehegatten genutzt wird)

Bei dauerhaftem stationärem Aufenthalt:

Der Mietvertrag wurde bereits gekündigt ja, zum

nein, weil.....

Von wie vielen Personen wird die Wohnung bewohnt?

..... Personen

Wohnfläche:.....m², Mietbeginn:

Anzahl Wohnräume.....

Küche Bad/WC Flur Garage/Stellplatz

Gesamtgebäudefläche in m²:

unter 100 100 – 250 251 - 500 501 – 1000 über 1000

Die Gesamtmiete beträgt

€

Sind darin allgemeine Nebenkosten (z.B. Wasser, Abwasser, Müllabfuhr, Schornsteinfeger etc.)enthalten?

nein ja, in Höhe von

€

Sind darin Heizkosten enthalten?

nein ja, in Höhe von

€

Sind darin Kosten für Warmwasserbereitung enthalten? nein ja, in Höhe von

€

Sind darin Kosten für Haushaltsenergie (Strom) enthalten? nein ja, in Höhe von

€

Sind darin Kosten für eine Garage /Stellplatz enthalten? nein ja, in Höhe von

€

Sind darin weitere sonstige Kosten enthalten? nein ja, in Höhe von

€

Falls ja: Welche Kosten sind darin noch enthalten _____

Die Grundmiete (Kaltmiete) beträgt

€

Fallen sonstige Nebenkosten (außer Strom und Heizkosten) an, die nicht über die Miete abgedeckt sind und direkt gezahlt werden müssen? nein

ja, und zwar für _____ in Höhe von _____ €

Ivb. Heizkosten / Warmwasserbereitung / Haushaltsenergie

(für Mietwohnung und Wohneigentum auszufüllen)

Wie wird die Wohnung beheizt?

Zentralheizung Etagenheizung Einzelöfen _____

Welche Energieart wird dafür genutzt?

Erdgas Heizöl Strom Fernwärme Kohle _____

Wie erfolgt die Warmwasserbereitung?

zentral über Heizungsanlage Gasboiler Elektroboiler _____,

Wird ein monatlicher Abschlag für Heizkosten an einen Energieversorger gezahlt?

Höhe des Abschlags _____ € Energieversorger _____

Wird ein monatlicher Abschlag für Haushaltsenergie (Strom) an einen Energieversorger gezahlt?

Höhe des Abschlags _____ € Energieversorger _____

Hinweis: Sollte der Platz für einzelne Angaben nicht ausreichend sein, bitte gesondertes Blatt beifügen.

Direkte Überweisung an Vermieter / Energieversorger

Gem. § 35 SGB XII können die Kosten für Unterkunft und Heizung bei ausreichendem Leistungsanspruch auf Antrag direkt an den Vermieter / Energieversorger gezahlt werden.

- Ich / wir zahlen die Miete selbst
- Ich / wir beantragen hiermit, bei ausreichendem Leistungsanspruch die Miete in Höhe von z.Zt. _____ € direkt an den Vermieter _____ (Name, Kontonummer) zu überweisen
- Ich / wir zahlen die Energiekosten selbst
- Ich / wir beantragen hiermit, bei ausreichendem Leistungsanspruch die Energiekosten in Höhe von z.Zt. _____ € direkt an den Energieversorger _____ (Name, Kontonummer) zu überweisen

IVc. Selbstgenutztes Wohneigentum: (Bitte Nachweise über die Belastungen und Nebenkosten vollständig beifügen)

Zinsaufwendungen für Fremdkapital (monatlich)	€	monatliche Nebenkosten insgesamt (lt. beigefügten Nachweisen)	€
Wem gehört dieses Wohneigentum ? (Eigentumsverhältnis angeben)	<input type="checkbox"/> Wohnung Wohnfläche	<input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus Gesamtwohnfläche Davon selbst genutzt.....	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus Wohnfläche

IVd. Wohnverhältnisse des/der Antragsteller/-in in den letzten 12 Monaten bzw. vor der Heimaufnahme :

Ort, Straße, Hausnummer	Zeitraum von.....bis
Ort, Straße, Hausnummer	Zeitraum von.....bis

IVe. Wohnverhältnisse in der Pflegeeinrichtung : (nur ausfüllen, wenn die Kostenübernahme für einen stationären Aufenthalt beantragt wurde)

Datum der Heimaufnahme:	Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung
Wie ist der Antragssteller im Pflegeheim untergebracht? <input type="checkbox"/> Doppel-/Mehrbettzimmer <input type="checkbox"/> Einzelzimmer (medizinische Notwendigkeit ist durch fachärztliche Stellungnahme nachgewiesen)	
Wurde von der Pflegekasse das Vorliegen einer Pflegestufe festgestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Antrag wurde gestellt am _____, die Entscheidung steht noch aus <input type="checkbox"/> ja, derzeitige Pflegestufe _____ (Bitte MDK-Gutachten und Bewilligungsbescheid vorlegen) <input type="checkbox"/> Es wurde ein Höherstufungsantrag gestellt am _____	
Grund des Umzuges in ein Pflegeheim :
Wurde zuvor Sozialhilfe bezogen : (Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Wohngeld, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vorheriger Träger der Sozialhilfe (Behörde / Postleitzahl / Ort):

Hinweis: Sollte der Platz für einzelne Angaben nicht ausreichend sein, bitte gesondertes Blatt beifügen.

V. Einkommensverhältnisse des/der Antragsteller/-in und der im Haushalt lebenden Personen:
(Nachweise über Art und Höhe der Einkünfte z.B. Verdienstabrechnungen, Rentenbescheide beifügen; bei beantragten Leistungen Aktenzeichen angeben)

Sofern bestimmte Einkommen, insbes. Renten, beantragt aber noch nicht bewilligt wurden, tragen Sie bitte an Stelle des Betrages die Bemerkung „beantragt“ ein.

Achtung:

Bei weiteren Personen im Haushalt bitte weitere Einkommenserklärungen (jeweils Seiten 5 – 8) für alle Personen (auch für minderjährige Kinder) ausfüllen.

Art des Einkommens	Antragsteller 1	Antragsteller 2
	Name: _____ mtl. Betrag	Name: _____ mtl. Betrag
Altersruhegeld / Pension	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Witwenrente/ Waisenrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Landwirtschaftliches Altersgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Betriebsrente/ Zusatzversorgung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Renten nach dem Bundesversorgungsgesetz (Grundrente, Ausgleichsrente)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Berufsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Knappschaftsrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Unfallrente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Lastenausgleich (Entschädigungsrente / Unterhaltshilfe)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Arbeitsverdienst (bei mehreren Verdiensten sind diese getrennt einzutragen)	<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 <input type="checkbox"/> ja€
Einkünfte aus Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Krankengeld / Mutterschaftsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Übergangsgeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Kindererziehungsleistungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Vermietung/Verpachtung/Untervermietung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Wohngeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Kindergeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Arbeitslosengeld I oder II	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Blindengeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Elterngeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Leistungen aus Unterhaltsvorschuss, BAföG, Berufsausbildung, Unterhaltssicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Kapitalvermögen (Zinsen / Dividenden u.ä.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Altenteilsleistungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Unterhalt von Angehörigen Unterhaltstitel beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Geldwerter Vorteil/ freie Kost/ freie Wohnung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€
Sonstiges Einkommen Art:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€

V a. Aufwendungen des/der Antragstellers/-in und/oder der im Haushalt lebenden Personen in Zusammenhang mit der Ausübung einer Erwerbstätigkeit (Fahrkosten zur Arbeit)

nein ja und zwar:
(bei zwei Erwerbstätigen, bitte Angaben für beide Personen machen)
Kosten für Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln €
Bei Benutzung eines PKW: Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte (einfache Fahrt) km
Warum ist die Nutzung eines PKW erforderlich? :

VI. Haben der/die Antragssteller/-in und/oder die im Haushalt lebenden Personen Schulden / Verbindlichkeiten?

- nein
 ja, folgende Schulden / Verbindlichkeiten (Art und Höhe der Verbindlichkeiten, ggf. mtl. Abtrag, z.B. Miet- oder Energierückstände, Bankschulden außer für Wohneigentum, etc.) :

VII. Versicherungen (Bewilligungsbescheid der Pflegekasse, Versicherungsschein und letzten Zahlungsnachweis beifügen)

Erhält einer der Antragsteller Leistungen aus der Pflegeversicherung oder hat Leistungen beantragt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am <input type="checkbox"/> ja ich erhalte mtl. € Pflegestufe seit		
Hat einer der Antragsteller Anspruch auf Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften und/oder aus privaten Pflege(zusatz)versicherungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Name Antragst., Art und Höhe der Leistung)		
Sonstige Versicherungen :		Versicherungsnehmer /Name der Versicherung	monatlicher Betrag
Privathaftpflicht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Staatlich geförderte Riesterreente (Zertifikat beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
freiwillige Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Sterbegeld-/Lebensversicherung (bei mehreren Versicherungen sind sämtliche Verträge eintragen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Versicherungsnehmer/-in	Versicherungsart	Versicherungsgesellschaft	Aktueller Rückkaufswert

VIII. Vermögensverhältnisse des/der Antragstellers/-in und der im Haushalt lebenden Personen

Geldvermögen	Antragsteller 1	Antragsteller 2
	Name: _____ Guthaben, Institut und IBAN (Konto-Nr.) angeben	Name: _____ Guthaben, Institut und IBAN (Konto-Nr.) angeben
Girokonto	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€ Bank, IBAN, Kto-Nr.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€ Bank, IBAN, Kto-Nr.
Girokonto	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€ Bank, IBAN, Kto-Nr.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€ Bank, IBAN, Kto-Nr.
Sparbuch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€ Bank, IBAN, Kto-Nr.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€ Bank, IBAN, Kto-Nr.
Sparbuch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€ Bank, IBAN, Kto-Nr.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€ Bank, IBAN, Kto-Nr.
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€ Bank, Kto-Nr.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€ Bank, Kto-Nr.
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€ Bank, Kto-Nr.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€ Bank, Kto-Nr.
Sonstiges	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€ Bank, Kto-Nr.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€ Bank, Kto-Nr.
Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja€

Hinweis: Sollte der Platz für einzelne Angaben nicht ausreichend sein, bitte gesondertes Blatt beifügen.

Ist einer der Antragsteller Eigentümer eines Kraftfahrzeuges? (PKW, Krad, Moped, etc.)? <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja und zwar (Marke, Modell, Baujahr) Kennzeichen:	Fahrzeughalter:	Wert: €
	Ggf. weitere Fahrzeuge:		

Besitz einer der Antragsteller oder der Haushaltsangehörigen Grundvermögen?			
<input type="checkbox"/> nein	Lage des Grundvermögens (genaue Anschrift des Grundvermögens, Angabe aller Eigentümer mit Namen, Anschrift und Eigentumsanteil)	Verkehrswert (geschätzt)	Grundvermögen belastet mit
<input type="checkbox"/> ja, und zwar:			
<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus		€	€
<input type="checkbox"/> sonstiges Grundstück <input type="checkbox"/> bebaut <input type="checkbox"/> unbebaut		€	€
<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung		€	€
<input type="checkbox"/> Waren Sie jemals Eigentümer von Grundbesitz?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Zeitraum benennen)	

Sonstiges Vermögen:		
	Antragsteller 1	Antragsteller 2
	Name: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (genaue Bezeichnung, Institut und aktuellen Wert angeben)	Name: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (genaue Bezeichnung, Institut und aktuellen Wert angeben)
Geschäftsanteile (z.B. bei Banken, Wohnungsgesellschaften etc.)
Wertpapiere (z.B. Aktien, Fondsanteile, Bundesschatzbriefe etc.)
Wertgegenstände (z.B. Schmuck, Münzen, Gemälde, Antiquitäten etc.)

IX. Sonstige Verhältnisse des/der Antragstellers/-in und der Angehörigen		
1. Wurden in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung Vermögenswerte (z.B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere, Kfz, Schmuck usw.) veräußert, verschenkt oder sonstige Verfügungen zugunsten anderer Personen getroffen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja – welche Werte und durch wen:
2. Hat der/die Antragsteller/-in oder einer der Angehörigen des Haushaltes vertragliche Ansprüche? (Darlehens-, Altenteils-, Übergabevertrag - z.B. Haus, Hof usw.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja – nähere Erläuterung (Vertrag vom , Art, usw.)

Hinweis: Sollte der Platz für einzelne Angaben nicht ausreichend sein, bitte gesondertes Blatt beifügen.

3. Hat der/die Antragsteller/-in oder einer der Angehörigen erbrechtliche Ansprüche? (z.B. Testament, Erbengemeinschaft, Pflichtteil, Vermächtnis)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja – nähere Erläuterung
4. Hat der/die Antragsteller/-in oder einer der Angehörigen Ersatzansprüche (z.B. Lohnersatz, Schmerzensgeld, Schadenersatz gegen Dritte)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja – nähere Erläuterung
5. Hat der/die Antragsteller/-in oder einer der Angehörigen in den letzten 10 Jahren auf Ansprüche, Rechte, Forderungen (z.B. Altenteil/Nießbrauch/ Wohnrecht-, Pflichtteilsrecht-, Schadenersatz, Unterhalt, Darlehensforderungen) verzichtet bzw. diese nicht durchgesetzt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	wenn ja – nähere Erläuterung
6. Hat der/die Antragsteller/-in oder einer der Angehörigen Bestattungsvorsorge-/Grabpflegeverträge o.ä. abgeschlossen? <u>Nachweis ist unbedingt beizufügen.</u>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Art des Vertrages und Name des Vertragspartners Vertragssumme und Höhe des Rückkaufswertes _____ EURO

Erklärung des/der Antragsteller(s):

* Ich versichere ausdrücklich, dass ich jede Änderung meiner Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, jede Änderung meiner Wohnverhältnisse, sowie jede Änderung von Wohnort, Krankenhausaufenthalte (auch von Haushaltsangehörigen) unverzüglich dem Sozialamt mitteilen werde.

* Weiterhin versichere ich ausdrücklich, dass ich die Aufnahme jeder Arbeit (auch Aushilfe- und Gelegenheitsarbeiten oder Praktika vor Arbeitsaufnahme) dem Sozialamt unverzüglich mitteilen werde Die Beantragung anderer Sozialleistungen (z.B. Arbeitslosengeld II, Pflegegeld) werde ebenfalls unverzüglich dem Sozialamt mitteilen.

* Ich ermächtige hiermit das Sozialamt - soweit für die Hilfgewährung erforderlich – Akten anderer Träger der Sozialhilfe und sonstiger Sozialleistungsträger, Behörden und öffentlicher Stellen einzusehen, von denen ich Leistungen erhalten habe oder erhalte. ja nein

* Ich ermächtige hiermit das Sozialamt, bei Bezug von Leistungen im stationären Bereich, Leistungen nach dem Wohngeldgesetz für mich zu beantragen. ja nein

* Ich ermächtige das Sozialamt hiermit, die jeweils gewährten Leistungen direkt an die stationäre Einrichtungen zu zahlen.

* Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

* Sind die Voraussetzungen der Kriegsofopferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KFÜrsV erteilt. ja nein

* Sind die Voraussetzungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erfüllt, wird diese hiermit gem. § 41 SGB XII beantragt. ja nein

Hinweis nach § 9 Abs. 2 Niedersächsisches Datenschutzgesetz (NDSG):
 Die Daten in diesem Sozialhilfeantrag werden gem. § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) i.V.m. § 67 a Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) erhoben und unter Beachtung der Bestimmungen im Zweiten Kapitel – Schutz der Sozialdaten – SGB X in der automatisierten Datenverarbeitung gespeichert und verarbeitet.

Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller 1 bzw. (gesetzlicher) Vertreter	Unterschrift Antragsteller 2 bzw. (gesetzlicher) Vertreter:
Bei Unterschrift durch Vertreter:	Name, Vorname des Vertreters:	Name, Vorname des Vertreters:

Erklärung des/der Antragsteller(s) zur Einkommens- und Vermögensberücksichtigung:		
* Das Merkblatt zur Einkommens- und Vermögensberücksichtigung habe ich erhalten.		
* Ich wurde darüber belehrt, dass für die Berechnung des Einkommens und Vermögens entsprechend der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Zuflusstheorie angewandt wird. Das bedeutet, dass jeglicher Einkommenszufluss während eines Bewilligungsabschnitts (in der Regel der Kalendermonat) als Einkommen des entsprechenden Monats zu berücksichtigen ist, auch wenn das Einkommen erst am Ende des Monats zufließt. Nicht verbrauchtes Einkommen wird mit Beginn des folgenden Monats (01. des Folgemonats, 0.00 Uhr) automatisch zu Vermögen und steht dann ggf. einer Leistungsgewährung entgegen. Einzusetzendes, jedoch nicht verbrauchtes Vermögen steht Monat für Monat erneut einer Sozialhilfegewährung.		
* Ich wurde darüber belehrt, dass kein fiktiver Vermögensverbrauch stattfindet, das heißt bestehende Verbindlichkeiten wie z.B. offene Heimrechnungen, Miet- oder Energierückstände verringern nicht das positive Vermögen.		
Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller 1 bzw. (gesetzlicher) Vertreter	Unterschrift Antragsteller 2 bzw. (gesetzlicher) Vertreter:
Bei Unterschrift durch Vertreter:	Name, Vorname des Vertreters:	Name, Vorname des Vertreters:

§ 263 Strafgesetzbuch (Betrug)
1 Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
2 Der Versuch ist strafbar.
3 In besonders schweren Fällen ist die Strafe eine Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.

Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben.		
Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Darlegungen in diesem Antrag sowie durch Unterlassen einer späteren Mitteilung über etwaige Veränderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen während des Leistungsbezuges strafbar mache.		
Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller 1 bzw. (gesetzlicher) Vertreter	Unterschrift Antragsteller 2 bzw. (gesetzlicher) Vertreter:
Bei Unterschrift durch Vertreter:	Name, Vorname des Vertreters:	Name, Vorname des Vertreters:

Ich bevollmächtige meine(n) Ehegatten / Ehegattin / Lebenspartner bzw. Partner(in) der eheähnlichen Gemeinschaft zur Entgegennahme von Leistungsbescheiden und entsprechenden Geldleistungen		
Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller 1 bzw. (gesetzlicher) Vertreter	Unterschrift Antragsteller 2 bzw. (gesetzlicher) Vertreter:
Bei Unterschrift durch Vertreter:	Name, Vorname des Vertreters:	Name, Vorname des Vertreters:

Urschriftlich zurücksenden an den:
Landkreis Hameln-Pyrmont
Sozialamt
Team 31.2
Süntelstr. 9
31785 Hameln