

Antrag auf Sozialhilfe nach dem zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)

Ausgabedatum:	Eingangsdatum:
---------------	----------------



Hinweis:

Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 67 a Sozialgesetzbuch (SGB) X in Verbindung mit den §§ 60 bis 65 SGB I.

Für Leistungen nach dem Vierten Kapitel SGB XII erfolgt kein automatisierter Datenabgleich (§ 118 SGB XII).

- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel SGB XII
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel SGB XII
- Hilfen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel SGB XII (z.B. Hilfe zur Pflege)

Veröffentlichung, Nachahmung und Veröffentlichung und elektronische Speicherung nur mit Genehmigung!

1. Antragsteller/in

Familienname	Ggf. Geburtsname	Vorname	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon (Angabe freiwillig)	Fax (Angabe freiwillig)		E-Mail (Angabe freiwillig)

2. Alle Personen in der Haushaltsgemeinschaft:

Lfd. Nr.	Familienname, Vorname auch Geburtsname und Namen aus früheren Ehen	Geschlecht	Geburtsdatum	Geburtsort	Familienstand - ggf. seit wann - und Stellung zum Haushaltsvorstand	Staatsangehörigkeit	bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status
1		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich					
2		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich					
3		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich					
4		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich					
5		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich					
6		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich					
7		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich					

Sozialhilfe wird beantragt für die Personen Nr.:

Schwerbehindertenausweis (Merkzeichen „G“ oder „aG“) ist vorhanden/beantragt für Personen Nr.:

						<input type="checkbox"/> für alle Personen
						Bitte Kopie beifügen
						Bitte Kopie der Bestallungsurkunde beifügen

Betreuung ist eingerichtet für die Personen Nr.:

3. Aufenthaltsverhältnisse der Hilfesuchenden vor der Antragstellung

(nur auszufüllen, wenn der Antrag im Zusammenhang mit einem Umzug/Aufenthaltswechsel gestellt wird):

Bisher wurde eine eigene Wohnung bewohnt.

Bisher habe ich/haben die Person/en gewohnt bei:

Sozialhilfe habe ich/haben wir bisher nicht erhalten

Sozialhilfe habe ich/haben die Personen erhalten bis zum: von:

Haben einzelne Antragsteller/innen innerhalb eines Monats vor der Antragstellung in einer Einrichtung gelebt oder waren sie außerhalb der Einrichtung untergebracht und von der Einrichtung betreut worden?

Nein Ja (bitte Nachweise hierzu beifügen)

E-Mail: info@form-solutions.de
www.form-solutions.de

Form-Solutions
Artikel-Nr. 410008



Sind alle oder einzelne Antragsteller/innen innerhalb eines Monats vor der Antragstellung aus dem Ausland zugezogen?

Nein Ja, alle Antragsteller/innen sind zugezogen

Ja, einzelne Antragsteller/innen sind zugezogen:

Person Nummer	Datum der Einreise	vorherige Anschrift	Geburtsort	Geburtsland	Ort des Grenzübertritts	Grund der Einreise

4. Einkommen (bitte Nachweise beifügen)

Anzugeben ist jede Art von Einkommen, z. B. Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II, Krankengeld, Renten, Kindergeld, Unterhaltsleistungen, Wohngeld, Naturalleistungen, Zuwendungen Dritter, freie Kost sowie Einkommen aus selbständiger bzw. nicht selbständiger Tätigkeit, Kapitalvermögen oder Vermietung

Nr.	Einkommensart	Betrag in Euro	Zeitraum

5. Ansprüche und andere Forderungen (soweit nicht bereits als Einkommen angegeben - bitte Nachweise beifügen)

Anzugeben sind alle Ansprüche und Forderungen, z.B. nach dem SGB III, dem Bundesversorgungsgesetz, dem Unterhaltsvorschussgesetz, dem Unterhaltssicherungsgesetz oder dem Bundesausbildungsförderungsgesetz; auf Leistungen der Pflegeversicherung, auf Versorgungs- und Zugewinnausgleich, auf Kindergeld, auf Lohnzahlungen oder aus der Renten- oder Krankenversicherung sowie Erb- oder Schadenersatzansprüche und sonstige vertragliche Ansprüche

Nr.	Bezeichnung des Anspruchs bzw. der Forderung	Betrag in Euro	Leistung beantragt am

6. Freiwillige Kranken- /Pflegeversicherungsbeiträge (bitte Nachweise beifügen)

Nr.	Name und Anschrift der Versicherung	Monatlicher Beitrag €

7. Vom Einkommen eventuell absetzbare Beträge (nach § 82 SGB XII - bitte Nachweise beifügen)

Schlüsselzahlen (E I S):		Name		Name	
		Betrag in Euro	Zeitraum	Betrag in Euro	Zeitraum
455	Hausratversicherung/				
452	Glasbruchversicherung				
456	Haftpflichtversicherung				
463	Rentenversicherung				
457	Sterbeversicherung				
453	notwendige Beiträge für Berufsverbände				
Sofern eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird:					
453	Aufwendungen für Arbeitsmittel				
453	Kosten der Fahrkarte bzw. einfache Entfernungskilometer (soweit nicht erstattet)				

8. Vermögen (nach § 90 SGB XII - bitte Nachweise beifügen)

Hierzu gehören **insbesondere** Bargeld, Bank- und Sparguthaben, Wertpapiere, Haus- und Wohnungseigentum (sonstiger Grundbesitz), Lebensversicherungen, vermögenswirksame Leistungen, sonstiges Vermögen, Kraftfahrzeuge usw.

Nr.	Art	Wert in Euro

Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?
 Nein Ja, Sachverhalt _____

Keine der hilfebegehrenden Personen ist Halter/Eigentümer eines Kraftfahrzeuges

Alle hilfebegehrenden Personen verfügen über keinerlei Vermögen.

8.1 Monatliche Kosten der Unterkunft (nur bei Mietwohnungen auszufüllen*)

Grundmiete	Betriebskosten-vorauszahlung (ohne Heizkosten)	Vorauszahlungen Zentralheizung	zu zahlen an (falls nicht an den Vermieter)	Vorauszahl. Einzelheizung z.B. Gas-Circo, Nachtstrom	Gesamtkosten monatlich in Euro
€	€	€	€	€	€
Heizung: <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne Warmwasserbereitung <input type="checkbox"/> Einzelöfen Energieart <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl					
Sind alle Wohn- und Schlafräume beheizbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Das Gebäude ist ausgestattet mit: <input type="checkbox"/> Aufzug <input type="checkbox"/> Gemeinschaftswaschmaschine					
Die Wohnung liegt im Geschoss		Anzahl der Wohn- und Schlafräume:		Letzte Renovierung	
Wohnungsgröße insgesamt		m ²		Räume untervermietet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,	Anzahl
Jahr des Wohnungsbezuges			Die Wohnung ist <input type="checkbox"/> öffentlich gefördert <input type="checkbox"/> frei finanziert		
Wohngeld/Lastenzuschuss monatlich		€		bewilligt bis:	

9. Angehörige des/der Hilfesuchenden außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

(geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten, Partner/innen einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern, Kinder - auch aus früheren Ehen und nichtehelichen Lebensgemeinschaften-, Adoptivkinder)

Familienname	Vorname/n	Geburtsdatum	Verwandschafts- verhältnis zur/zum Hilfesuchenden	Anschrift	Unterhalts- titel
					<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
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ist Ihnen bekannt, ob eine oder mehrere der aufgeführten Personen über ein Einkommen von jährlich über 100.000 € verfügen?

nein keine Person verfügt über derartige Einkünfte ja,

Name

10. Antragsbegründung sowie besondere (finanzielle) Belastungen (z.B. Miet- oder Energiekostenrückstände)

- Ich bin/wir sind 65 Jahre alt bzw. älter als 65 Jahre
 Ich bin/Wir sind zwischen 18 und 65 Jahre alt und auf Dauer voll erwerbsunfähig
 Ich bin/Wir sind pflegebedürftig, die Leistungen der Pflegekasse reichen nicht aus
 Sonstige Begründung:

--

Zu gewährende Geldleistungen bitte überweisen an den/die

Vermieter/in zuständige Behörde Krankenkasse

Kontoinhaber/in: Familienname		Vorname	
IBAN	BIC	Name des Kreditinstituts	

Ich beauftrage/Wir beauftragen das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen/unseren Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfegebenden Stelle zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir/uns - jedoch nicht von meinen/unseren Erben - bis zum 15. eines Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I - SGB I -). Ich versichere/Wir versichern, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir/uns bekannt, dass ich/wir wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann/können (§ 263 Strafgesetzbuch - StGB -) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss/müssen. Ich bin/Wir sind 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 -), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich/sind wir belehrt worden (§ 66 SGB I).

- Sofern für mehrere Personen Leistungen nach dem SGB XII gewährt werden, sind wir damit einverstanden, dass uns ein einheitlicher Bescheid erteilt wird.
 Ich bestätige/Wir bestätigen, dass ein „Merkblatt zur allgemeinen Information über Sozialhilfe nach dem SGB XII“ ausgehändigt wurde.

Unterschrift Hilfesuchende/r oder gesetzliche/r Vertreter/in	Ehegatte/Ehegattin/Lebenspartner/in	Aufgenommen durch:
--	-------------------------------------	--------------------