

# Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe

Eingangsstempel

Für

Name der Person(en), die Sozialhilfe erhalten soll(en)

wird Sozialhilfe beantragt durch Gewährung von

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung  Hilfe zum Lebensunterhalt

Hilfe nach Kapitel 5, 7-9 SGB XII, und zwar in Form von:  
(z. B. Hilfe bei Krankheit, Hilfe zur Pflege)

Nähere Begründung des Antrages, Ursache der Notlage:

Ausgegeben am:

Der/die hilfebedürftige Person ist

Kriegsbeschädigte(r) oder Kriegshinterbliebene(r)

Ausländer(in), Staatenlose(r)

Vertriebene(r) oder Spätaussiedler(in)

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. 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 Mitwirkungspflicht in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I). Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben teilweise mit Angaben, die Sie evtl. gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen (§ 118 SGB XII).

Zutreffendes ankreuzen!

I. Persönliche Verhältnisse:		Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSi)	Ehegatte/Lebenspartner*/ Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSi
6	Familienname (ggf. Geburtsname angeben)		
7	Vorname(n)		
8	Wohnanschrift: PLZ, Ort		
9	Straße, Nr.		
10	Telefon (freiwillige Angabe)		
11	Geburtsdatum		
12	Geburtsort/ Kreis		
13	Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft seit* <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit* <input type="checkbox"/> verwitwet seit* <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehoben seit* Tag   Monat   Jahr Datum* *Datumsangaben nur bei Änderung gegenüber der letzten Erklärung Wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/in eingetragener Lebenspartnerschaft seit* <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend seit* <input type="checkbox"/> verwitwet seit* <input type="checkbox"/> geschieden/aufgehoben seit* Tag   Monat   Jahr Datum* *Datumsangaben nur bei Änderung gegenüber der letzten Erklärung Wenn geschieden: Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils
		Wurde eine Unterhaltsregelung getroffen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wurde eine Unterhaltsregelung getroffen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Staatsangehörigkeit aufenthaltsrechtlicher Status		
	Ausweispapiere	<input type="checkbox"/> eAT Pers. Ausweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.	<input type="checkbox"/> eAT Pers. Ausweis <input type="checkbox"/> Pass Nr.
	Ausstellungstag- u. Behörde		
	Erwerbsgemindert/ arbeitsunfähig – pflegebedürftig?	erwerbsgemindert/arbeitsunfähig behindert pflegebedürftig Grad <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	erwerbsgemindert/arbeitsunfähig behindert pflegebedürftig Grad <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	ggf. warum? (Gebrechen)		
	Schwerbehindertenausweis ausgestellt am:	GdB   Merkzeichen	GdB   Merkzeichen
20	Betreuer/in (Kopie Bestellungs- urkunde beifügen)		
21	Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, (freiwillig: Telefon)		
22	Erlerner Beruf		
23	derzeitige/zuletzt ausgeübte Tätigkeit		
24	derzeitiger/letzter Arbeitgeber		
25	Schulabschluss		

II. Familienverhältnisse: Außer der hilfebedürftigen Person und seinem Ehegatten/Lebenspartner\*/ Partner der eheähnlichen Gemeinschaft leben noch in der Haushaltsgemeinschaft

	1	2	3	4
26	Familienname (ggf. auch Geburtsname)			
27	Vorname(n)			
28	Geburtsdatum/-ort			
29	Familienstand			
30	Verwandtschaftsverhältn. z. Antragsteller			
31	Beruf			
32	Arbeitgeber oder Art d. Rente usw.			

Falls die hilfebedürftige Person ein nichteheliches Kind ist oder umgekehrt, geben Angaben in Ziffer II ein nichteheliches Kind aufgeführt ist

33	Name der Person/des Kindes		
34	Name des/der Unterhaltspflichtigen		
35	Wohnanschrift d. Unterhaltspflichtigen		
36	Name des Vormunds, Pflegers		
37	Anschrift d. Vormunds, Pflegers		
38	Festgestellter Unterhaltsbetrag/ Monat	EUR	EUR
39	In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich geleistet?	EUR	EUR
40	Datum und Aktenzeichen des Gerichts, Urteils, Beschlusses o. ä.		

\* nur für "Eingetragene Lebenspartnerschaft" gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

**III. Unterhaltspflichtige Angehörige**

**1. Nur bei Grundsicherung**

**nur ausfüllen, wenn 2. Person Antragsteller(in) ist**

41	Verfügt eines Ihrer Kinder/ein Elternteil vermutlich über ein Gesamteinkommen ab 100.000 EUR jährlich (Summe aus allen bezogenen Arbeitsentgelten und -einkommen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 44 Adressen an)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn Sie ja angekreuzt haben, geben Sie in Zeile 44 Adressen an)												
42	Derzeit ausgeübter und erlernter Beruf Ihrer Kinder/Eltern (jeweils bei 1 oder 2 eintragen)	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen		1	2			<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen		1	2		
Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen															
1	2														
Erlerner Beruf/ausgeübter Beruf des Angehörigen															
1	2														

**2. Bei allen Hilfen nach §6b XI (einschließlich Grundsicherung, wenn Zeile 41 "X" ja" angekreuzt wurde)**

43	Familienname, Vorname der/des unterhaltspflichtigen Angehörigen	1	2	1	2
44	Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)				
45	Geburtsdatum				
46	Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/Ehegattinnen oder Partner(innen) einer aufgehobenen Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/geschiedenen Partners/Partnerin: _____ EUR	<input type="checkbox"/> Auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche titulierte (vollstreckbarer Titel, bitte Urkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Unterhalt wird gezahlt <input type="checkbox"/> jährliches Einkommen in EUR des/der getrennt lebenden/geschiedenen Partners/Partnerin: _____ EUR		

**IV. Einkommensverhältnisse der hilfbedürftigen Person und der im Haushalt lebenden Personen:**

(Nachweis über Art und Höhe der Einkünfte z.B. Verdienstbescheinigung, Rentenmitteilung bzw. Bescheide über sonstige Sozialleistungen beifügen.)

47	Art des Einkommens monatlich (auch ausländisches Einkommen)	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in EUR	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft EUR	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
				1 EUR	2 EUR	3 EUR	4 EUR
48	Kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	<b>Einkommen aus</b> Nichtselbstständiger Tätigkeit (Erwerbseinkommen, Ausbildungsvergütung, Entgelt der Werkstatt für behinderte Menschen)						
50	Gewerbe/Handel/Freiberufe						
51	Land- und Forstwirtschaft						
52	Sonstige selbstständige Tätigkeit						
53	Vermietung und Verpachtung						
54	Leistungen der Kranken-/Pflegeversicherung						
55	Wohngeld/Lastenzuschuss						
56	Renten/Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsminderung, Altersrente, Unfallrente, Landwirtschaftliches Altersgeld, Witwen- oder Waisenrente)						
57	Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz						
58	Lastenausgleich						
59	Leistungen d. Agentur für Arbeit						
60	Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Erziehungsgeld)						
61	Ausbildungsförderung						
62	Unterhalt						
63	Zinsen, Dividenden						
64	Sonstige Einkünfte						

**V. Vom Einkommen evtl. abzugsfähige Beträge (Bitte Nachweise beifügen!)**

65	Keine abzugsfähigen Beträge	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in EUR	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft EUR	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
				1 EUR	2 EUR	3 EUR	4 EUR
66	<b>Ausgaben</b> Steuern auf Einkommen einschl. Soli						
67	Kranken-/Pflegeversicherung						
68	Arbeitslosenversicherung						
69	Rentenversicherung						
70	Altersvorsorgebeiträge						
71	-versicherung						
72	-versicherung						
73	Lebensversicherung						
74	Aufwendungen zur Erzielung des Einkommens						
75	- Fahrtkosten zur Arbeitsstelle						
76	- Benutztes Verkehrsmittel						
77	- Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstelle	km	km	km	km	km	km
78							
79							

**VI. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen (auch im Ausland)** – ggf. Beiblatt verwenden – (Bitte Nachweise beifügen!)

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige entsprechend II			
			1	2	3	4
80 <b>Kein Vermögen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Art des Vermögens</b>	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
81 Bargeld						
82 Bank-/Sparguthaben (inkl. VwL) (bei welchem Kreditinstitut?)						
83 Wertpapiere						
84 Lebensversicherungen (bei "Ja" Zeilen 109 bis 111 beachten)	<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
85 Haus-/Wohneigentum**						
86 Sonstiger Grundbesitz**						
87 <b>Kraftfahrzeug(e)</b> Marke/ Typ Kennzeichen/ Erstzulassung						
88 Staatlich geförderte private Altersvorsorge						
89 Ansprüche aus Übertragungsverträgen (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrechte)						
90 Sonstiges Vermögen (Patentrechte, sonstige Vermögensgegenstände etc.)						

\*\* Wert, Größe sowie Lage Ihres Immobilienvermögens ist durch die Einreichung geeigneter Dokumente (Katasterauszug, Grundbuchauszug, Fotos etc.) nachzuweisen.

**VII. Mehrbedürftige (§§ 39, 42b SGB XII)**

	Hilfebedürftige Person bzw. Antragsteller/in	Ehegatte/Lebenspartner/ Partner eheähnliche Gemeinschaft	Sonstige Haushaltsangehörige	Nachweise beifügen!
91 Kostenaufwändige Ernährung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ärztliches Attest
92 Eingeschränkte Mobilität (Merkzeichen G oder aG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Schwerbehindertenausweis
93 Mittagsverpflegung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder in einer Tagesförderstätte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Nachweis über Verpflegungskosten
94 Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Entbindungstermin
95 Alleinerziehung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

**VIII. Mögliche Ansprüche gegen Dritte**

**1. Vermögensübertragungen**

96 Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügten Vertrag/Urkunde Bemerkungen
---	---

**2. Nicht geklärt oder strittige Ansprüche**

97 Glaubt die hilfebedürftige Person oder ihr Partner weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen noch Leistungen möglich wären?  
 Nein  Ja, und zwar  aus der Sozialversicherung  aus Krankheit  aus Unfall  aus dem Lastenausgleich  
 als Kriegsbeschädigte(r)  aus anderem Rechtsgrund, nämlich \_\_\_\_\_

98 Wenn ja, wann und wo wurde der Antrag gestellt? \_\_\_\_\_

99 Ist deswegen ein Rechtsstreit anhängig?  nein  ja, bei \_\_\_\_\_ Az. \_\_\_\_\_

**3. Versicherungsansprüche (auch im Ausland)**

100 Sind Sie <b>privat kranken- und pflegeversichert</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Steuer-Identifikationsnummer: _____
101 <b>Basistarif</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Bei welcher Versicherung: _____ Monatsbeitrag _____ EUR
102 <b>Derzeit Mitglied welcher gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse?</b>		Monatsbeitrag _____ EUR
103 Versichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Renten-antragsteller <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Familien-versicherter	
104 Familienversichert bei		
105 Wenn Sie derzeit <b>nicht</b> Mitglied einer ges. Kranken- und Pflegeversicherung sind: Waren Sie bereits gesetzlich kranken- und pflegeversichert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, wann? Von _____ bis _____
106 Bei welcher Kranken- und Pflegekasse?		
107 Versichert als	<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Renten-antragsteller <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/>	
108 Besteht eine <b>Sterbegeldversicherung/ein Bestattungsvorsorgevertrag</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____	
109 Besteht eine <b>Lebensversicherung</b> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____	Versicherungssumme _____ EUR fällig am _____
110 Vertragsnummer		
111 Aktuelle Rückkaufswerte (Zeile 108-110)		EUR
112 Besteht ein <b>Rentenanspruch</b> , ggf. wann und wo wurde Antrag gestellt? ..	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, beantragt bei _____	
113 Falls der Antrag abgelehnt wurde	wann? _____ warum? _____	
114 Werden Beiträge zur Rentenversicherung/zur zusätzlichen Altersvorsorge freiwillig entrichtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
115 Für welchen Monat/Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet?		
116 Sind Sie im Besitz eines Sozialversicherungsausweises?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf ist dieser dem Antrag beizufügen	
117 (Sozialversicherungs-Nr. bitte unbedingt angeben)		
118 Bestehen beamtenrechtliche Versorgungs- oder Beihilfeansprüche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____	

**IX. Wohnverhältnisse und Kosten der Unterkunft (monatlich)**

**1. Miete für Wohnung (Bitte Nachweise beifügen!)**

119 Zahl der Personen in der Wohnung: <sup>Anzahl</sup> Person(en) Wohnfläche: _____ m <sup>2</sup> davon untervermietet: _____ m <sup>2</sup>
120 Gesamtkosten der Unterkunft: _____ EUR
121 davon Kaltmiete: _____ EUR
122 Nebenkosten: _____ EUR
123 Heizungskosten: <input type="checkbox"/> Holz/Kohle <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Strom _____ EUR
124 Einnahmen aus Untervermietung _____ EUR
125 Sind in den angegebenen Beträgen – Kosten für Kochfeuerung enthalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in Höhe von _____ EUR
126 – Kosten für Warmwasserbereitung enthalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in Höhe von _____ EUR

**2. Haus-/Wohneigentum (Bitte Nachweise beifügen!)**

127 Soweit Sie Haus-/Wohneigentum selbst bewohnen, ist eine Berechnung über die Kosten/Belastungen zu erstellen (Rentabilitätsberechnung).

**3. Miete für besondere Wohnform der Eingliederungshilfe, ehemals stationäre Einrichtung (Bitte Wohn- und Berechnungsweg beifügen!)**

128	Wurde ein Zimmer in einer Wohneinrichtung angemietet mit zusätzlicher Möglichkeit zur Nutzung von Gemeinschaftsflächen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
129	Gesamtkosten der Unterkunft	EUR	Zusätzliche Wohnkosten: Möblierungszuschlag für das eigene Zimmer	
130	davon Kaltmiete	EUR	Haushaltsstrom	
131	Nebenkosten	EUR	Instandhaltung der angemieteten Räume	
132			Ausstattung mit Haushaltsgroßgeräten	
133			Gebühren für Telefon, Rundfunk, TV und Internet	

**X. Arbeitsverhältnisse vor Antragstellung (3 Jahre):**

Erwerbsstatus	Hilfbedürftige Person bzw. Antragsteller(in) 1 bei Grundsicherung (GSI)	Ehegatte/Lebenspartner*/Partner der eheähnlichen Gemeinschaft bzw. Antragsteller(in) 2 bei GSI
134 Keine Erwerbstätigkeit innerhalb von drei Jahren vor Antragstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
135 Erwerbstätig als		
136 Name u. Anschrift d. Arbeitgebers	von _____ bis _____	von _____ bis _____
137	von _____ bis _____	von _____ bis _____
138 Auslandsaufenthalte in den letzten drei Jahren	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, dann bitte die <b>Anlage zu Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland</b> ausfüllen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, dann bitte die <b>Anlage zu Aufenthalts- und Erwerbszeiten im Ausland</b> ausfüllen.
139 Arbeitslos	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
140 Stamm-Nr./Kunden Nr.		
141 Arbeitslosengeld nach SGB III	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
142 Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II) nach SGB II	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**XI. Sonstiges:**

143	Wurde bereits früher Sozialhilfe/Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung oder Grundsicherung bezogen? Falls ja, von welcher Behörde?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom _____ bis _____
144	Wann, woher und aus welchem Grund hier zugezogen?	
145	Hat den Umzug oder die Übersiedlung hierher eine Behörde bezahlt? Falls ja, welche Behörde?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
146	Bei Übertritt aus dem Ausland: Tag und Ort des Grenzübertrittes	
147	Hat der/die nachfragende Person während der letzten 3 Jahre andere Leistungen aus öffentlichen Mitteln (z.B. Alg., Renten, Unterhaltshilfe nach LAG), erhalten? Falls ja, Art der Bezüge, Stelle.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom _____ bis _____
148	Bei Heim- oder Anstaltsunterbringung und -entlassung; bei besonderer Wohnform der Eingliederungshilfe (Ein- und Auszug)	
149	a) (bei Heim- oder Anstaltsaufnahme, bei Einzug in besondere Wohnform) Wohnung, Arbeitsstelle in den letzten 2 Monaten vor Einzug/Aufnahme...	
150	b) (bei Übertritt/Umzug von einem Heim, einer Anstalt oder einer besonderen Wohnform in ein anderes Heim usw.) Wann und wo erfolgte erstmals der Eintritt in ein Heim/eine Anstalt/eine besondere Wohnform? Wer war bisher Kostenträger? Bezeichnung und Ort des Heims/der Anstalt/der besonderen Wohnform...	
151	c) (bei Entlassung/Auszug aus Heim/Anstalt/besondere Wohnform) Wo und bis wann war die nachfragende Person zuletzt in einer Anstalt usw.?	
152	(Bei Kindern, die in Anstalten [Entbindungsheimen] geboren wurden) Name des Entbindungsheimes	
153	Aufenthalt der Mutter in den letzten 2 Monaten vor Eintritt in die Anstalt	
154	Wo hat sich das Kind seit der Herausnahme aus dem Heim aufgehalten (genaue Anschrift und Zeiten)?	

**XII. Bankverbindung: Girokonto der hilfbedürftigen Person:**

155 Name und Sitz des Geldinstituts \_\_\_\_\_

156 IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Sofern dies nicht Ihr eigenes Konto ist: Name und Vorname des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin (Legitimation durch gültigen Personalausweis erforderlich)

**Erklärung der hilfbedürftigen Person/Antragsteller und seines/ihrer Ehegatten/Lebenspartners/Partner eheähnliche Gemeinschaft:**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen **wesentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss**. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und die Sozialhilfeverwaltung deswegen nicht feststellen kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfe vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I). Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z.B. auf Unterhalt) auf den Träger der Hilfe überleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können. Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe. **Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.** Informationen, die ein Arzt oder eine andere schweigepflichtige Person der Sozialhilfeverwaltung über einen Antragsteller gegeben hat, sind datenschutzrechtlich noch strenger geschützt als andere Daten. Hat die Sozialhilfeverwaltung diese Informationen in Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialhilfeleistungen oder der Ausstellung einer Bescheinigung bekommen, darf es diese Angaben zwar in bestimmten Fällen weitergeben, nicht aber, wenn der Betroffene dem widerspricht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Von diesem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen. Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferversorge erfüllt, wird diese Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferversorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

157  Ich bestätige, dass ich die Hinweise bzw. die Belehrung zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zur Kenntnis genommen habe.

158	Ort, Datum	Unterschrift hilfbedürftige Person/Antragsteller oder seines gesetzlichen Vertreters	Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners/ Partner eheähnliche Gemeinschaft
-----	------------	--	---

**Der Antrag wurde auf Wunsch im Amt aufgenommen, die Richtigkeit wird hiermit bestätigt.**

159 \_\_\_\_\_ Unterschrift nachfragende Person/Antragsteller \_\_\_\_\_ Unterschrift des Aufnehmenden

**Stellungnahme Wohnsitzgemeinde: (nur ausfüllen, wenn sich Mitwirkungszuständigkeit auf Grund von gesetzlichen Regelungen ergibt)**

Vorstehende Angaben entsprechen  der Wahrheit  nicht der Wahrheit. Die Notlage wird  anerkannt  nicht anerkannt. (Bei Verneinung der Notlage, nähere Bemerkungen bitte auf Beiblatt)

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Mit \_\_\_\_\_ Anlagen an die Stadt/das Landratsamt/den Landkreis

160 I. A. \_\_\_\_\_