

# Antrag auf Gewährung

Ausgegeben am:	
Rückgabe bis	
Eingegangen am:	

- von Hilfe zum Lebensunterhalt (SGB XII, Kapitel 3)
- von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII Kapitel 4)
- von Hilfe zur Pflege (SGB XII, Kapitel 7)
- von Bestattungskosten (§ 74 SGB XII)
- der Übernahme von Mietschulden u. ä. (§ 36 SGB XII)
- eines Darlehens (§ 37 und 38 SGB XII)
- von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz
- Sonstige Leistungen der Sozialhilfe

Um über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Sozialgesetzbuch I (SGB I). Die Datenerhebung erfolgt nach § 67 a Sozialgesetzbuch X (SGB X) und die Datenverarbeitung nach § 67 b SGB X.

Füllen Sie den Vordruck bitte vollständig aus. Alle Angaben sind durch Nachweise zu belegen. Sofern der vorgegebene Raum nicht ausreichend ist, machen Sie bitte Ihre Angaben auf einem gesonderten Blatt.

## I. Persönliche Verhältnisse

	1.	2.	3.
	Antragsteller/-in	Vater Ehegatte Lebenspartner/-in	Mutter
			(Art der Beziehung z. Antragsteller)
Name			
Geburtsname			
Vornamen			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Anschrift:			
Telefon (freiw.)			
Familienstand (bei verh. , getr. lebend und gesch. seit wann			
Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger
Staatsangehörigkeit			

### bei Ausländern: Anlage 3 zusätzlich ausfüllen

Ausweisdokument / Nr. des Dokuments			
Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name:			
Anschrift:			
PLZ, Ort:			
Bestellt vom			
Amtsgericht:			

**II. Weitere Personen im Haushalt**

	4.	5.	6.
Name			
Geburtsname			
Vornamen			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Familienstand (bei verh. , getr. lebend und gesch. seit wann			
Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand <input type="checkbox"/> Haushaltsangehöriger
Beziehung zum Antragsteller			
Staatsangehörigkeit			
<b>bei Ausländern: Anlage 3 zusätzlich ausfüllen</b>			
Ausweisdokument / Nr. des Dokuments			
Gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name: Anschritt: PLZ, Ort: Bestellt vom Amtsgericht:			

**III. Mehrbedarfe**

Person	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Schwerbehinderung	<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
Grad d. Behinderung	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Merkzeichen	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG
Antrag gestellt?	<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
Bitte den Schwerbehindertenausweis oder den Feststellungsbescheid beifügen.						
Erwerbsminderung im Sinne der gesetzl. Rentenversicherung liegt vor.	<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
Bitte den Rentenbescheid oder das ärztliche Gutachten beifügen.						
Schwangerschaft	<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
Bitte den Mutterpass oder ein ärztliches Attest beifügen.						
Kostenaufwendige Ernährung wird benötigt.	<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
<b>Bitte Anlage 4 (ärztliche Bescheinigung) beifügen.</b>						

**IV. Krankenversicherung**

Person	1.	2.	3.	4.	5.	6.
derzeit Mitglied der Krankenkasse:  Anschrift:  Versicherungsnummer						
Art der Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillige Vers. <input type="checkbox"/> Familien-Vers.	<input type="checkbox"/> Pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillige Vers. <input type="checkbox"/> Familien-Vers.	<input type="checkbox"/> Pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillige Vers. <input type="checkbox"/> Familien-Vers.	<input type="checkbox"/> Pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillige Vers. <input type="checkbox"/> Familien-Vers.	<input type="checkbox"/> Pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillige Vers. <input type="checkbox"/> Familien-Vers.	<input type="checkbox"/> Pflichtvers. <input type="checkbox"/> freiwillige Vers. <input type="checkbox"/> Familien-Vers.
Bei freiwilliger Versicherung: Höhe des monatlichen Beitrages						

Bitte den Beitragsbescheid beifügen.

**V. Wohnverhältnisse**

Ich bin / Wir sind Mieter / mietähnlicher Nutzungsberechtigte(r)

einer / eines  Wohnung  Einfamilien- / Reihenhauses

Die Grundmiete beträgt \_\_\_\_\_ €

zuzüglich Betriebskosten \_\_\_\_\_ €

und Heizkosten \_\_\_\_\_ € Heizart \_\_\_\_\_

Wohngeld wird bezogen in Höhe von \_\_\_\_\_ € bewilligt bis \_\_\_\_\_

**Bitte Anlage 1 (Mietbescheinigung) beifügen.**

Ich bin / Wir sind Eigentümer

einer / eines  Wohnung  Einfamilien- / Reihenhauses

Lastenzuschuss wird bezogen in Höhe von \_\_\_\_\_ € bewilligt bis \_\_\_\_\_

**Bitte Anlage 2 (Grundstücksbogen) beifügen.**

**VI. Einkommen des/der Antragsteller/in und der im gemeinsamen Haushalt lebende Personen**

Person	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Art des Einkommens	€	€	€	€	€	€
Selbständige Arbeit						
Unselbständige Arbeit						
<b>Bitte Anlage 5 (Verdienstbescheinigung) beifügen.</b>						
Arbeitslosengeld I						
Arbeitslosengeld II						
Grundsicherung						
Unterhaltsgeld / BAB						
Sonst. Leistungen der Arbeitsagentur						
Kranken- / Mutterschaftsgeld						
Altersrente						
Erwerbsunfähigkeitsrente						
Witwenrente						
Waisenrente						
Andere Rente:						
Pension / Ruhegeld						
Leistungen nach dem LAG						
Leistungen nach dem BVG						
Versorgungsbezüge						
Kindergeld						
Elterngeld						
Unterhalt						
Unterhaltsvorschuss						
Pflegegeld						
BAföG Leistungen						
Miet-/Pachteinnahmen						
Kapitalerträge						
Eigenheimzulage						
Sonstige Einkünfte:						
a)						
b)						

**VII. Bereinigung der Einkünfte**

Person	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Art der Aufwendungen	€	€	€	€	€	€
Aufwendungen für Arbeitsmittel						
Fahrtkosten zur Arbeitsstätte						
Einfache Fahrtstrecke (km)						
Beträge zu Berufsverbänden						
Krankenversicherung						
Pflegeversicherung						
Rentenversicherung						
Sterbeversicherung						
Haftpflichtversicherung						
Hausratversicherung						
Sonst. Aufwendungen:						
a)						
b)						
c)						
Besondere finanzielle Belastungen (z. B. Schuldverpflichtungen) mit Begründung der Notwendigkeit						

**VIII. Vermögensverhältnisse**

**Sollte der Platz für Ihre Angaben nicht ausreichen, benutzen Sie bitte ein Extra-Blatt**

Person	1.	2.	3.	4.	5.	6.
	Wert €	Wert €	Wert €	Wert €	Wert €	Wert €
Bargeld						
Bank-/Sparkassen- /Girokonten IBAN: BIC::						
IBAN: BIC:						
IBAN: BIC:						

Sonstige Sparguthaben						
Sparverträge bei:						
Bausparverträge bei:						
Aktien/Pfandbriefe /sonstige Wertpapiere						
Lebens-/Sterbegeld- versicherung (Rückkaufwert)						
Sachwerte (Schmuck, Kunstgegenstände, Sammlungen usw.)						
Kfz Modell: Baujahr: Kilometerstand: (Fahrzeugschein beifügen)						
Haus-/Grundbesitz jeglicher Art Einheitswert: Verkaufswert:						
Hypotheken/Darlehen/ sonstige Forderungen Art: Schuldner:						
Sonstige Ansprüche (z. B. aus Kauf-/ Überlassungs- oder Altenteilsverträgen Art: Schuldner:						
hinterlegte Mietkaution/ Genossenschaftsanteile oder ähnliches						

Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw. veräußert, verschenkt oder übergeben?

 nein

 ja

Zeitpunkt, Anlass, Höhe und Empfänger angeben:

--

**IX. Vorrangige Sozialleistungen**

Wurde bereits ein Antrag auf die nachfolgenden Sozialleistungen gestellt?

		Wann?	Wo?	Für wen?
Kindergeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Unterhaltsvorschuss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Rente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Krankengeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wohngeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Sonstige Leistungen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
a)				
b)				
c)				

**X. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushaltes****Sollte der Platz für Ihre Angaben nicht ausreichen, benutzen Sie bitte ein Extra-Blatt**

Person	1.	2.	3.	4.
Name				
Geburtsname				
Vornamen				
Geburtsdatum				
Familienstand				
Verwandschafts- verhältnis zur / zum Antragsteller/in				
Anschrift: Straße, HsNr. PLZ, Ort				
Beruf				
Höhe des <b>jährlichen</b> Einkommens (keine Angabe notwendig bei Anträgen auf Grundsicherung)				

Höhe der lfd. Unterhaltszahlungen				
	<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
Wurde ein Unterhaltsanspruch gerichtlich geltend gemacht? Wenn ja wo?				
Unterhaltstitel beifügen				

### **XI. Sonstige vorrangige Ansprüche**

Haben Sie bereits einen Antrag auf Gewährung einer anderen Leistung bei einer Behörde gestellt oder Ansprüche gegen eine sonstige Person oder Institution geltend gemacht (z. B. Entschädigung von einer Versicherung)?

ja  nein

Wenn ja:

Art der Leistung:

---

Gegen wen richtet sich der Anspruch?

---

Wann wurde er geltend gemacht?

---

### **XII. Aufenthaltsverhältnisse**

Zuzug an den jetzigen Aufenthaltsort erfolgte am:

---

von (letzte Adresse oder Ort des Grenzübertrittes in die BRD )

---

Hat eine unter I. und II. genannte Person am letzten Aufenthaltsort Sozialhilfe bezogen?

ja  nein

Wenn ja:

Wer?

---

Leistendes Sozialamt?

---

Hat sich eine unter I. und II. genannte Person vor Eintritt der Hilfebedürftigkeit in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim, Kinderheim o. ä.) aufgehalten?

ja  nein



Wenn ja:

Name, Vorname

---

Name und Anschrift der Einrichtung:

---

Kostenträger für den Aufenthalt in der  
Einrichtung:

---

**XIII. Ergänzende Angaben**

Gehört eine der unter I. und II. zu einem der nachfolgend aufgeführten Personenkreise? Wenn ja: Bitte Nachweise beifügen.

		Welche Person?
Leistungsberechtigter nach dem SGB II	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Auszubildende/r	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Student/in	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Spätaussiedler/in	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kontingentflüchtling	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Asylberechtigter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Asylbewerber	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**XIV. Bankverbindung**

Die gegebenenfalls zu gewährende Hilfe ist auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN:

---

Kreditinstitut:

---

Kontoinhaber:

---

Die Leistungen sollen direkt mit dem Pflegedienst / Pflegeheim / Bestattungsinstitut / Vermieter abgerechnet werden.

Name und Anschrift

---

IBAN:

---

Kreditinstitut:

---



**XVII. Erklärungen der antragstellenden Person (oder des gesetzlichen Vertreters)****1. Wahrheit der Angaben**

*Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögensverhältnisse, die mir bekannt sind, lückenlos angegeben habe.*

*Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.*

**2. Mitwirkungspflicht**

*Mir ist bekannt, dass ich alle Tatsachen anzugeben habe, die für die beantragte Leistung erheblich sind, und ich verpflichtet bin, auf Verlangen erforderliche Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen (§ 60 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch – SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann die beantragte Leistung nach § 66 SGB I ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden. Mir ist ferner bekannt, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie jede Abwesenheit (Klinikaufenthalte usw.), auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialhilfeträger mitzuteilen habe.*

**3. Datenschutz**

*Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgt aufgrund des § 67 a Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch (SGB X) in Verbindung mit den Bestimmungen des SGB XII. Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I und Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu. Sofern von einem anderen Sozialhilfeträger bereits Leistungen erbracht worden sind, können die Daten, die zur weiteren Aufgabenerfüllung notwendig sind, von dem bisherigen Sozialhilfeträger abgefordert werden. Sollten sich in den Akten des bisherigen Sozialhilfeträgers ärztliche Berichte/Gutachten/Befunde befinden, die für die Entscheidung über diesen Antrag notwendig sind, so erkläre ich mich damit einverstanden, dass der bisherige Sozialhilfeträger diese an das Sozialamt der jetzt zuständigen Gemeinde weiterleiten darf*

**4. Überleitung von Ansprüchen**

*Der Sozialhilfeträger ist berechtigt, meine zivilrechtlichen Ansprüche nach § 93 SGB XII für die Zeit der Hilfestellung auf sich überzuleiten. Der Übergang ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Anspruch nicht übertragen, verpfändet oder gepfändet werden kann. Etwaige bestehende Unterhaltsansprüche gegen die Eltern und/oder Kinder gehen gemäß § 94 SGB XII für die Zeit, für die Sozialhilfe gewährt wird, kraft Gesetzes auf den Sozialhilfeträger über.*

**XVII. Unterschriften**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller abgegebenen Erklärungen.

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Ehegatte / Lebensgefährte / Lebenspartner

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

**XVIII. Änderungsvermerke**

Ich bestätige, dass die Änderungen und Ergänzungen, die der Mitarbeiter der Behörde vorgenommen hat, mit mir besprochen wurden und ebenfalls der Richtigkeit entsprechen.

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Ehegatte / Lebensgefährte / Lebenspartner

Unterschrift gesetzlicher Vertreter