

Absender:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Anschrift

**Der Überprüfungsbogen ist vollständig auszufüllen.  
Hinweise wie z. B. „es sind keine Veränderungen eingetreten“ sind nicht ausreichend.**

## Überprüfungsbogen: Leistungen nach 4. Kapitel SGB XII ( Leistungen der Grundsi- cherung im Alter und bei Erwerbsminderung )

### 1. Personen der Haushaltsgemeinschaft

Name	Vorname	Verwandtschaftsverhältnis

### 2. Bankverbindung:

\_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_ Iban.: \_\_\_\_\_

### 3. Kosten der Unterkunft (bitte Mietbescheinigung beifügen)

Grundmiete	Nebenkosten	Heizung/ Warmwasser	Untermiet- zuschläge	andere Zuschläge	Möbelbe- benutzung	untervermietet m <sup>2</sup>	Entgelt

### 4. Weitere Angaben der Wohnungsnutzung

Wohnen in der Wohnung Familienangehörige oder andere Personen, die nicht zum Haushalt gehören:	nein	<input type="checkbox"/>
	ja	<input type="checkbox"/>
Falls ja, wer? Name, Vorname Verwandtschaftsverhältnis:		

### 5. Unterhaltsverpflichtung

Haben Sie oder ein zum Haushalt rechnendes Familienmitglied Aufwendungen zur Erfüllung gesetzlicher Unterhaltsverpflichtungen? (Wenn ja, bitte Kontoauszug, Urteil und sonst. Nachweis einreichen)	nein	<input type="checkbox"/>
	ja	<input type="checkbox"/>

### 6. Schwerbehinderung

Sind Sie oder ein zum Haushalt rechnendes Familienmitglied als schwerbehindert anerkannt worden? (Bitte Nachweis – Schwerbehindertenausweis, vorläufige Bescheinigung oder Bescheid vom Versorgungsamt – vorlegen.)

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Grad der Behinderung \_\_\_\_\_

Merkzeichen \_\_\_\_\_ Ausweis gültig bis \_\_\_\_\_

### 7. Pflegebedürftigkeit

Erhalten Sie oder ein zum Haushalt rechnendes Familienmitglied Pflegegeld bzw. Pflegegeldzulage von einem Träger der Sozialhilfe, der Kriegsopferfürsorge, Pflegekasse oder der gesetzlichen Unfallversicherung?  
(Bitte Bescheid über die Gewährung des Pflegegeldes bzw. der Pflegezulage vorlegen)

ja  nein

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Name, Vorname \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8. Einkommensverhältnisse aller zum Haushalt rechnenden Familienmitglieder**

Familienmitglied ( Selbst, Ehemann, Kinder etc. )	Name, Vorname	Art der Einnahme (z.B. Rente, Therapieent- gelt, Kindergeld, Erwerbs- einkommen etc.)	mtl. Einkommen netto	Vorhandenes Vermögen z.B. Sparguthaben, Lebensversicherung Aktien etc.

**9. Versicherungsbeiträge (letzte Prämienrechnung beifügen)**

Art der Versicherung	Zahlungsweise	Beitragshöhe

Werden sich die Einnahmen eines oder mehrerer Familienmitglieder innerhalb der nächsten 12 Monate ändern (z. B. wegen Bewilligung einer Rente oder Arbeitslosigkeit) ja

Wenn ja, bei wem, ab wann und in welcher Weise? \_\_\_\_\_ nein

**Haben Sie oder zum Haushalt rechnende Familienmitglieder Bank- und Sparguthaben bzw. Lebensversicherungen?**

Wenn ja, wer und in welcher Höhe? (Bitte nachweisen)

ja

nein

Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung

ja  nein

Wenn ja, bitte Steuererklärung und Erklärung V + V beifügen.

**Ich versichere, dass alle Angaben, auch soweit sie in den Anlagen zum Vordruck zu machen sind, richtig und vollständig sind, insbesondere bestätige ich, dass die zu meinem Haushalt rechnenden Familienmitglieder und andere Personen meines Wissens keine weiteren Einnahmen als die angegebenen haben, auch nicht aus gelegentlicher oder geringfügiger Nebentätigkeit.**

**Mir ist bekannt, dass ich gesetzlich verpflichtet bin,**

- a) Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungen erheblich sind unverzüglich mitzuteilen,
- b) zu Unrecht empfangene Grundsicherungsleistungen zurückzuzahlen, wenn ich die ungerechtfertigte Gewährung zu vertreten habe. In diesem Falle muss ich unter Umständen mit strafrechtlicher Verfolgung rechnen.

**Weiterhin ist mir bekannt, dass die für die Berechnung und Zahlung der Grundsicherungsleistungen erforderlichen Daten im Wege der automatisierten Datenverarbeitung gespeichert und verarbeitet werden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers