

Eingangsdatum:	Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII	Az.:
----------------	---	------

- Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel)**
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**
- sonstige Leistungen (5.-9. Kapitel), und zwar:**

Hinweis:

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie und zum Teil auch Ihre Haushaltsangehörigen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen und vergessen Sie nicht, den Antrag auf der letzten Seite zu unterschreiben. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschriften 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 S. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) Zehntes Buch (X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Abs. 1 SGB Erstes Buch (I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

	1. Person	2. Person
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
	Antragsteller(in) 1	<input type="checkbox"/> Antragsteller(in) 2 <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft
Familienname		
Geburtsname		
Vorname		
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		
Telefon tagsüber		
Geburtsdatum und -ort		
Rentenversicherungsnummer		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit:
Wer trägt die überwiegenden Kosten des Haushalts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit		
Bei Ausländern: aufenthaltsrechtlicher Status		
Spätaussiedler(in)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Ist die Verteilung länger als 3 Jahre her? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Ist die Verteilung länger als 3 Jahre her? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Datum der Einreise in die Bundesrepublik		
z.Zt. ausgeübte Tätigkeit		

	1. Person		2. Person	
Betreuer(in): Familienname				
Vorname				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Ort				
Telefon tagsüber				
Leben Sie in einer stationären Einrichtung (z.B. Krankenhaus o.ä.) oder einer ambulant betreuten Wohnform?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: Seit wann?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: Seit wann?	
Falls ja: Wo haben Sie vorher gewohnt?	Aufenthalt vor Aufnahme in die Einrichtung oder ambulant betreute Wohnform:		Aufenthalt vor Aufnahme in die Einrichtung oder ambulant betreute Wohnform:	
Haben Sie bereits Sozialhilfeleistungen erhalten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: Von welcher Behörde? Für welchen Zeitraum?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: Von welcher Behörde? Für welchen Zeitraum?	
Weitere im Haushalt bzw. in der Wohngemeinschaft lebende Personen (z.B. Kinder, Eltern, Verwandte, Verschwägerete, andere Personen/Mitbewohner)				
	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Familienname				
Geburtsname				
Vorname				
Geburtsdatum und -ort				
Familienstand				
Persönliche Stellung zum Antragsteller				
Staatsangehörigkeit				
Bei Ausländern: Aufenthaltsrechtlicher Status				
Datum der Einreise in die Bundesrepublik				
z.Zt. ausgeübte Tätigkeit				
Schwerbehindertenausweis vorhanden? (Kopie des Ausweises beifügen!)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, gültig bis:
	Merkzeichen G/aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Merkzeichen G/aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Merkzeichen G/aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Merkzeichen G/aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sofern Kinder in Ihrem Haushalt Kinder der 1. und 2. Person leben machen Sie zu diesen bitte die folgenden Zusatzangaben:				
	1	2	3	4
Name des Kindes				
Name und Anschrift der Mutter/des Vaters, sofern diese nicht im Haushalt leben				
Name der Krankenkasse				
Besteht eine Beistandschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name u. Aktenzeichen der Dienststelle:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name u. Aktenzeichen der Dienststelle:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name u. Aktenzeichen der Dienststelle:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name u. Aktenzeichen der Dienststelle:
Zustehender Unterhaltsbetrag je Monat	EUR	EUR	EUR	EUR
Unterhaltsregelung mit Datum und Aktenzeichen				

2. Unterhalt					
	1. Person			2. Person	
Bestehen Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten oder Partner einer Lebenspartnerschaft?	<input type="checkbox"/> nein, Grund: <input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (Abschrift des Titels bitte beifügen)			<input type="checkbox"/> nein, Grund: <input type="checkbox"/> auf Unterhalt wurde verzichtet <input type="checkbox"/> ja, Unterhalt wird bereits gezahlt <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht <input type="checkbox"/> ja, Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (Abschrift des Titels bitte beifügen)	
Familienname des (Ehe-) Partners (getrenntlebend oder geschieden)					
Vorname					
Straße, Hausnummer					
PLZ, Ort					
Geburtsdatum und -ort					
Verfügen Ihre Eltern oder verfügt eines Ihrer Kinder über Einkommen ab 100.000 EUR jährlich ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, wer?			<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja falls ja, wer?	
Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb der Haushaltsgemeinschaft (z.B. Kinder – auch aus früheren Ehen, nicht eheliche Kinder, Adoptivkinder, Eltern)					
Familienname	Vorname	Verwandtschaftsverhältnis	Familienstand	z.Zt. ausgeübte Tätigkeit	Anschrift
1.					
2.					
3.					
4.					

3. Bedarfsfeststellung

3.1 Kosten der Unterkunft

Zahl der Personen in der Wohnung:	Wohnfläche in qm:
Einzugsdatum:	
Kaltmietzins	EUR
Betriebskostenabschlag	EUR
ggf. weitere mtl. Kosten der Unterkunft (z.B. Wassergeld):	EUR <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja, wofür?
Enthalten die genannten Beiträge	
- Kosten für Haushaltsstrom?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja, Höhe: EUR
- Kosten für Schönheitsreparaturen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
- Kosten für Möblierung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
- Kosten für Fernsehempfang über Kabel?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja, Höhe: EUR
Können diese Kosten durch Abmeldung des Kabelanschlusses (Kündigung des Versorgungsvertrages) oder Einbau eines Sperrfilters vermieden werden? Falls nein: Bestätigung des Vermieters beifügen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann wurde der Vertrag mit dem Kabelversorger abgeschlossen?:
Einnahmen aus Untervermietung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, falls ja, Höhe: EUR

Hinweise zur Wohnungsgröße und zu den Unterkunftskosten

3.2 Heizkosten

bitte aktuelle Nachweise beifügen (z.B. letzte Vermieterabrechnung, Einstufung des Energieversorgers)

Monatliche Heizkosten	EUR
Art der Beheizung	<input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> sonstige, und zwar:
Enthalten die vorstehend benannten Beträge	
- Kosten für Warmwasserbereitung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
- Kosten für Kochenergie (z.B. Gas)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nutzen Sie Strom zur Warmwasserbereitung (z.B. durch Nutzung eines Durchlauferhitzers)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Bitte schätzen Sie den prozentualen Anteil des über den Haushaltsstrom erwärmten Wassers an Ihrem Gesamtwarmwasserverbrauch: %

3.3 Haus- und Wohneigentum

Bewohnen Sie ein Eigenheim (Haus oder Wohnung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wird die Neben- und Heizkostenabrechnung von einer Wohnungseigentümergeinschaft bzw. einem beauftragten Verwalter erstellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Bitte legen Sie die letzte Hauskostenabrechnung sowie den aktuellen Wirtschaftsplan vor; Falls nein: Bitte legen Sie eine Aufstellung Ihrer Kosten und Belastungen (Grundsteuer, Abwasser-, Regenwassergebühren, Versicherungsrechnungen, Rechnungen des Energieversorgers, Zinsnachweise etc.) vor.

3.4 Mehrbedarf	1. Person	2. Person
Schwerbehindertenausweis? Ggf. Kopie des Ausweises beifügen	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, gültig bis <input type="checkbox"/> nein
	Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Merkzeichen G oder aG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft? Ggf. Schwangerschaftswoche nachweisen	<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Schwangerschaftswoche <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bedürfen Sie krankheitsbedingt einer kostenaufwändigen Ernährung?	<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, ärztliche Bescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> nein
3.5 Kranken-/Pflegerversicherung – bitte Nachweise beifügen; bei privater Pflegeversicherung Leistungsumfang darlegen		
Wo sind Sie versichert?		
	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat
bei freiwilliger oder privater Versicherung Höhe der mtl. Versicherungsbeträge	Beitrag Krankenvers.: EUR	Beitrag Krankenvers.: EUR
	Beitrag Pflegevers.: EUR	Beitrag Pflegevers.: EUR
3.6 Zusatzbedarf		
Benötigen Sie Hilfe bei einzelnen hauswirtschaftlichen Verrichtungen?	<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, bei welchen Tätigkeiten und in welchem Umfang?		
Wer leistet die Hilfestellung?		
3.7 Einmaliger Bedarf		
Benötigen Sie Leistungen zur Erstausrüstung für - Wohnung inklusive Haushaltsgeräten - Bekleidung, auch bei Schwangerschaft und Geburt?	<input type="checkbox"/> ja, wofür? <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wofür? <input type="checkbox"/> nein
3.8 Besonderer Bedarf – Darlehen für Mietrückstände oder ähnliche Notlagen		
Beantragen Sie derartige Leistungen?	<input type="checkbox"/> ja, wofür? <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wofür? <input checked="" type="checkbox"/> nein

4. Nur auszufüllen bei Beantragung von Bestattungskosten			
Name des Verstorbenen:		Sterbeort:	
letzte Anschrift des Verstorbenen:			
Erhielt der Verstorbene zuletzt Sozialhilfe?		<input type="checkbox"/> ja, von welcher Dienststelle? <input type="checkbox"/> nein	
Familienname	Vorname	Stellung zum Verstorbenen	Anschrift
1.			
2.			
3.			
4.			

5. Einkommen und Vermögen der Personen 1 und 2

5.1 Einkommen (bitte Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen, z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigungen). Es sind sämtliche Einkünfte, auch geringfügige, anzugeben. Die untenstehende Aufzählung ist insoweit nicht abschließend.

	1. Person	2. Person
kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwerbseinkommen	EUR/Monat	EUR/Monat
Entgelt der WfbM	EUR/Monat	EUR/Monat
Leistung der Krankenkasse	EUR/Monat	EUR/Monat
Vermietung/Verpachtung	EUR/Monat	EUR/Monat
Altersrente/Pensionen	EUR/Monat	EUR/Monat
Erwerbsminderungsrente	EUR/Monat	EUR/Monat
Unfallrente	EUR/Monat	EUR/Monat
Witwenrente/Waisenrente	EUR/Monat	EUR/Monat
Werkrente	EUR/Monat	EUR/Monat
Leistungsbezug Jobcenter SGB II	EUR/Monat	EUR/Monat
Leistungen der Bundesagentur für Arbeit (SGB III)	EUR/Monat	EUR/Monat
Ausbildungsförderung – Bafög	EUR/Monat	EUR/Monat
Kindergeld/Kinderzuschlag	EUR/Monat	EUR/Monat
	Wird die Leistung an das Kind geleitet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wird die Leistung an das Kind geleitet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss	EUR/Monat	EUR/Monat
Geldwerte Ansprüche, z.B. freie Beköstigung, Wohnrecht o.a.)	EUR/Monat	EUR/Monat
Steuererstattung	EUR/	EUR/
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)	EUR/	EUR/
Sonstige Einkünfte	EUR/Monat	EUR/Monat
5.2 Einkommen im Ausland		
Fremdrente	EUR	EUR
Vermietung/Verpachtung von Immobilien im Ausland	EUR	EUR
Sonstige Einkünfte aus dem Ausland	EUR	EUR
5.3 Beantragung anderer Sozialleistungen		
Haben Sie eine oder mehrere der unter Ziff. 5.1 oder 5.2 benannten Leistungen beantragt, erhalten aber noch keine Leistung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Bitte Leistungsart, Antragsdatum, Dienststelle und Aktenzeichen angeben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Bitte Leistungsart, Antragsdatum, Dienststelle und Aktenzeichen angeben

5.4. Vom Einkommen ggf. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 5.1-5.3 berücksichtigt), bitte Nachweise beifügen		
	1. Person	2. Person
Ausgaben	monatlicher Betrag	monatlicher Betrag
Steuern auf das Einkommen	EUR	EUR
Sozialversicherungsbeiträge	EUR	EUR
Haftpflichtversicherung	EUR	EUR
Hausratversicherung	EUR	EUR
Altersvorsorgebeträge	EUR	EUR
Sterbeversicherung	EUR	EUR
Aufwendungen f. Arbeitsmittel	EUR	EUR
Beiträge für Berufs- oder Interessensverbände	EUR	EUR

6. Einkommen und Vermögen der Personen 3 bis 6				
6.1 Einkommen der Personen 3-6 (bitte Einkommensnachweise der letzten 12 Monate beifügen, z.B. Steuerbescheid, Rentenbescheid, Kindergeldbescheid, Gehaltsbescheinigungen). Es sind sämtliche Einkünfte, auch geringfügige, anzugeben. Die untenstehende Aufzählung ist insoweit nicht abschließend				
	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
kein Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwerbseinkommen	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat
Entgelt der WfbM	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat
Leistung der Krankenkasse	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat
Vermietung/Verpachtung	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat
Altersrente/Pensionen	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat
Erwerbsminderungsrente	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat
Unfallrente	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat
Witwenrente/Waisenrente	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat
Werkrente	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat
Leistung Jobcenter (SGB II)	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat
Leistungen der Bundesagentur für Arbeit (SGB III)	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat
Ausbildungsförderung – BAföG	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat
Kindergeld/Kindzuschlag	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat
Wird Leistung an Kind geleitet?	<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
Unterhalt/Unterhaltsvorschuss	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat
Geldwerte Ansprüche, z.B. freie Beköstigung, Wohnrecht o.a.)	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat
Steuererstattung	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat
Kapitalerträge (z.B. Zinsen)	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat
Sonstige Einkünfte	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat	EUR/Monat

6.2 Einkommen im Ausland				
	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Fremdrente	EUR	EUR	EUR	EUR
Vermietung/Verpachtung von Immobilien im Ausland	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstige Einkünfte aus dem Ausland	EUR	EUR	EUR	EUR
6.3 Beantragung anderer Sozialleistungen				
Haben Sie eine oder mehrere der unter Ziff. 6.1 oder 6.2 benannten Leistungen beantragt, erhalten aber noch keine Leistung? Falls ja: Bitte Leistungsart, Antragsdatum, Dienststelle und Aktenzeichen angeben	<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
6.4. Vom Einkommen ggf. absetzbare Beträge (soweit nicht bereits unter Ziff. 6.1-6.3 berücksichtigt), bitte Nachweise beifügen				
Ausgaben	monatlicher Betrag	monatlicher Betrag	monatlicher Betrag	monatlicher Betrag
Steuern auf das Einkommen	EUR	EUR	EUR	EUR
Sozialversicherungsbeiträge	EUR	EUR	EUR	EUR
Haftpflichtversicherung	EUR	EUR	EUR	EUR
Hausratversicherung	EUR	EUR	EUR	EUR
Altersvorsorgebeträge	EUR	EUR	EUR	EUR
Sterbeversicherung	EUR	EUR	EUR	EUR
Aufwendungen f. Arbeitsmittel	EUR	EUR	EUR	EUR
Beiträge für Berufs- oder Interessensverbände	EUR	EUR	EUR	EUR

7. Vermögen						
7.1 Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen						
	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
kein Vermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorhandenes Vermögen	Wert des Vermögens	Wert des Vermögens	Wert des Vermögens	Wert des Vermögens	Wert des Vermögens	Wert des Vermögens
Bargeld	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Bank-/Sparguthaben (inkl. vermögenswirks. Leistungen)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Wertpapiere/Aktien	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Lebens-/Sterbeversicherung Bitte aktuellen Rückkaufswert nachweisen!	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Hauseigentum	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstiger Grundbesitz	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Kraftfahrzeug(e)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (z.B. Riester)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	6. Person
Ansprüche aus Übertragsverträgen (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrecht)	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstiges Vermögen, Höhe und Art des Vermögens	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
7.2 Vermögen im Ausland						
Immobilieigentum	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Bank- und Sparguthaben	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
Sonstige Vermögenswerte im Ausland und Art des Vermögens	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
7.3. Vermögensübertragungen		1. Person		2. Person		
Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge?)		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde Falls ja: Wann? In welcher Höhe? An wen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde Falls ja: Wann? In welcher Höhe? An wen?		

8. Ermittlung eines ggf. kostenerstattungspflichtigen Trägers		
Haben Sie in den letzten 2 Monaten eine stationäre Einrichtung verlassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie bis vor 2 Monaten als Minderjähriger außerhalb des elterlichen Haushalts gelebt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie in den letzten 2 Monaten aus dem Ausland eingereist?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

9. Bankverbindung		
Ggf. zu zahlende Geldleistungen bitte ich wie folgt zu zahlen: IBAN, Name und Sitz des Geldinstituts, Name und Vorname des Kontoinhabers		
Es handelt sich bei dem Konto um ein Pfändungsschutzkonto: <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Hiervon abweichend bin ich mit folgenden Direktzahlungen einverstanden:		
<input type="checkbox"/> Miete an den Vermieter	<input type="checkbox"/> Energiekosten an Energieversorger	<input type="checkbox"/> Beitrag an Kranken-/Pflegerversicherer

Den Antrag auf Grundsicherungsleistung mit seinen Anlagen habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt. Die Angaben zu den anderen Personen (mit Ausnahme der Angaben zu 2. „Unterhalt“) habe ich ausgefüllt, weil mir Vollmacht erteilt wurde; ansonsten haben diese Personen ihre Angaben selbst in den vorstehenden Antrag eingetragen und die Richtigkeit durch ihre Unterschrift bestätigt.

Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – StGB -) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

_____ Datum

_____ Unterschrift Person 1

_____ Unterschrift Person 2

