

Antrag auf Sozialhilfe

Für

Name Hilfesuchende(r)

wird Sozialhilfe beantragt durch Gewährung von

Hilfe zum Lebensunterhalt **Hilfe in besonderen Lebenslagen**, in Form von _____
(z.B. Krankenhaus, Hilfe zur Pflege)

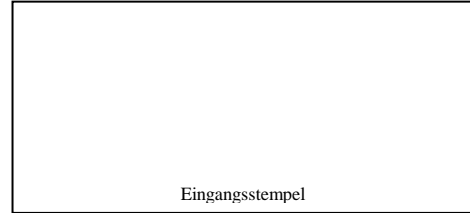
Nähere Begründung des Antrages, Ursache der Notlage:

(bei gesundheitlicher Notlage, Mehrbedarf wegen kostenaufwendigerer Ernährung, Krankenhaus, werdenden Müttern, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Weiterführung des Haushalts usw. ist ein haus- oder fachärztliches Zeugnis beizulegen, bei Schwangeren der Mutterpass)

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen 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. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden. Die Datenerhebung und Datenverarbeitung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt aufgrund der Bestimmungen des SGB XII. Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung der Daten sind Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c DSGVO, Art. 4 BayDSG, die §§ 60 ff. SGB I und die §§ 67 ff. SGB X. Die Daten werden insbesondere nach Maßgabe des § 118 SGB XII zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch überprüft. Genauere Informationen zum Thema „Datenschutz“ entnehmen Sie bitte dem Formblatt „Informationspflichten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)“, das auch auf der Homepage des Landkreises im Bereich „Formulare“ abgerufen werden kann.

I. Persönliche Verhältnisse

| | Hilfesuchende(r) | Des Ehegatten/Lebenspartners*/Partners der eheähnlichen Gemeinschaft (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend). Bei ledigen minderjährigen Hilfesuchenden hier Angaben über die Eltern/Personensorgeberechtigten | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Vater/Personensorgeberechtigter | Mutter/Personensorgeberechtigte |
| Familienname (ggf. Geburtsname) | | | |
| Vorname(n) | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Geburtsort/Kreis/Land | | | |
| Staatsangehörigkeit, ausländerrechtl. Status | | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> in eingetr. Lebenspartnersch. | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> in eingetr. Lebenspartnersch. | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> getr. lebend <input type="checkbox"/> in eingetr. Lebenspartnersch. |
| a) seit wann verw., gesch., getr. lebend, verpartn. ? | | | |
| (wenn geschieden): b) Gericht, Datum und Aktenzeichen des Urteils | | | |
| Art der Unterhaltsregelung | | | |
| Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Nr.) | | | |
| Telefon (freiwillige Angabe) | | | |
| Ausweispapiere: Art und Nummer | | | |
| Ausstellungstag, Ausstellungs-Behörde (bei Spätaussiedlern) | | | |
| Bescheinigung nach § 15 des BVFG | | | |
| Ausstellungstag, Ausstellungs-behörde | | | |
| Höchster Schulabschluss an allgemeinbildenden Schulen | _____ | _____ | _____ |
| a) Hauptschulabschluss (einschl. Sonderschule) | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr |
| b) qualifizierender Hauptschulabschluss (einschl. Sonderschule) | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr |
| c) Qualifizierter beruflicher Bildungsabschluss (Quabi) | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr |
| d) Mittlere Reife (Realschule) | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr |
| e) Abitur | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr | <input type="checkbox"/> nein; <input type="checkbox"/> ja, im Jahr |



| | Hilfesuchende(r) | Ehegatte/Lebenspartner(in) / Vater | Mutter |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Erlerner Beruf | | | |
| Höchster Berufsbildungsabschluss | | | |
| Derzeitig ausgeübte Tätigkeit | | | |
| Derzeitiger Arbeitgeber | | | |
| Bei gemeldeten Arbeitslosen: Monat u. Jahr der Arbeitslosigkeit | Datum | Datum | Datum |
| Bei anderen Nichterwerbstätigen: Grund der Nichterwerbstätigkeit | | | |
| Voll- od. teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt f. Behinderte, Tagesstätte) | | | |
| Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status a) Duldung | <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 |
| b) Aufenthaltsberechtigung | <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 |
| c) Aufenthaltserlaubnis | <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 |
| d) Aufenthaltsbefugnis | <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 |
| e) Aufenthaltsbewilligung | <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 |

* nur für „Eingetragene Lebenspartnerschaft“ gleichgeschlechtlicher Personen nach dem LPartG

II. Familienverhältnisse:

Außer dem Hilfesuchenden und seinem Ehegatten / Lebenspartner leben noch im **gemeinsamen Haushalt**:

Bei mehr als 4 Personen Beiblatt verwenden

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Familienname (ggf. Geburtsname) | | | | |
| Vorname(n) | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| Geburtsort / Kreis / Land | | | | |
| Staatsangehörigkeit | | | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnersch. * | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnersch. * | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnersch. * | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnersch. * |
| Verwandschaftsverhältnis Zum Antragsteller | | | | |
| Bei Kindern | <input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> ehelich | <input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> ehelich | <input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> ehelich | <input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> ehelich |
| (bei Kindern) Schule u. derzeitige Klasse | | | | |
| Höchster Schulabschluss an allgemeinbildenden Schulen | _____ | _____ | _____ | _____ |
| a) Hauptschulabschluss (einschl. Sonderschule) | <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 |
| b) qualifizierender Hauptschulab- schluss (einschl. Sonderschule) | <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 |
| c) qualifizierter beruflicher Bildungsabschluss (Quabi) | <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 |
| d) Realschulabschluss (Mittlere Reife) | <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 |
| e) Abitur | <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 |
| Erlerner Beruf | | | | |
| Höchster Berufsausbildungsabschluss | | | | |
| Derzeitige Art der Beschäftigung | | | | |
| Derzeitiger Arbeitgeber | | | | |
| Bei gemeldeten Arbeitslosen: Arbeitslos seit | Datum | Datum | Datum | Datum |
| Bei anderen Nichterwerbstätigen: Grund der Nichterwerbstätigkeit | | | | |
| Voll- od. teilstationäre Unterbringung (z.B. Werkstatt f. Behinderte, Tagesstätte) | | | | |

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status a) Duldung | <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 |
| b) Aufenthaltsberechtigung | <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 |
| c) Aufenthaltserlaubnis | <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 |
| d) Aufenthaltsbefugnis | <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 |
| e) Aufenthaltsbewilligung | <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 |
| Bargeld | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Spar- und Bankguthaben | EUR | EUR | EUR | EUR |
| Haus- und Grundbesitz | <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 |
| Sonst. Vermögenswerte, und zwar | | | | |
| Höhe des Einkommens(mtl. netto) | EUR | EUR | EUR | EUR |

Falls der Hilfesuchende ein nichteheliches Kind ist, oder unter den Angehörigen bei Ziffer II ein nichteheliches Kind aufgeführt ist:

| | | | |
|------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| Familienname, Vorname des Kindes | | | |
| Familienname des / der Unterhaltspflichtigen | | | |
| Anschrift des / der Unterhaltspflichtigen | | | |
| Name und Anschrift des Vormunds, Pflegers, Betreuers | | | |
| Zuständiges Familiengericht | | | |
| Regelunterhalt pro Monat | EUR | EUR | EUR |
| Datum und Aktenzeichen des Vollstreckungstitels | | | |
| In welcher Höhe werden Zahlungen tatsächlich geleistet? | EUR | EUR | EUR |

III. Unterhaltspflichtige Angehörige außerhalb des Haushaltes:

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Familienname, ggf. Geburtsname | | | | |
| Vorname(n) | | | | |
| Geburtsdatum | | | | |
| Geburtsort | | | | |
| Staatsangehörigkeit | | | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnersch. * | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnersch. * | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnersch. * | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnersch. * |
| Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller | | | | |
| Wohnanschrift PLZ, Ort Straße, Nr. | | | | |
| Beruf (ausgeübte Tätigkeit) | | | | |
| Arbeitgeber (Name, Anschrift) | | | | |
| (wenn Rentenempfänger) Art der Rente | | | | |

IV. Einkommensverhältnisse des/der Hilfesuchenden und der übrigen zum Haushalt rechnenden

Familienmitgliedern

(Nachweise über Art und Höhe **sämtlicher** Einkünfte beifügen, z.B. Rentenmitteilung bzw. –bescheid, Bescheid des Arbeitsamtes, Wohngeldbescheid, Nachweis über Kindergeld oder vergleichbare Leistungen für Kinder, Übergabevertrag, Unterhalt, Nettoverdienstbescheinigung)

| Art des Einkommens (nichtzutreffende Art in gleicher Zeile streichen) | | Antragsteller/in EUR | Ehegatte / Lebenspartner EUR | Sonst. Haushaltsangehörige (s. Nr. II) | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | | | Zu Nr. 1 EUR | Zu Nr. 2 EUR | Zu Nr. 3 EUR | Zu Nr. 4 EUR |
| Altersruhegeld | Erwerbsunfähigkeitsrente | | | | | | |
| Berufsunfähigkeitsrente | Witwenrente | | | | | | |
| Waisenrente | Unfallrente | | | | | | |
| Zusatzrente | Landw. Altersgeld | | | | | | |
| Pension | Unterhaltsgeld | | | | | | |
| Arbeitslosenhilfe | Arbeitslosengeld | | | | | | |
| Eingliederungshilfe | Krankengeld | | | | | | |
| Übergangsgeld | Mutterschaftsgeld | | | | | | |
| LAG-Unterhaltshilfe | LAG-Entsch.-rente | | | | | | |
| Kindergeld | Vergleichbare Leistungen f. Kinder | | | | | | |
| Wohngeld | UVG-Leistung | | | | | | |
| USG-Leistung | BaföG-Leistung | | | | | | |
| Arbeitseinkommen | Einkommen Selbständiger | | | | | | |
| Leibrente, Leibgeding | Eink. A. Land- u. Forstwirt. | | | | | | |
| Unterhaltsleistungen | Miet- od. Pachteinnahmen | | | | | | |
| Zinsen aus Vermögen | Knappschaftsrente | | | | | | |
| Betriebsrente | Grundrente (BVG) | | | | | | |
| Blindengeld | Leistungen nach PflegeVG | | | | | | |
| Bedarfsorientierte Grundsicherungsleistungen | | | | | | | |

V. Arbeitsverhältnisse in den letzten 3 Jahren vor der Antragstellung

(falls Platz nicht ausreicht, gesondertes Blatt verwenden!)

| Art der Tätigkeit | Dauer Von bis | Beschäftigt bei (Name und Anschrift) | Gründe für etwaige Lösung des Arbeitsverhältnisses | Zuständige Krankenkasse |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------|
| Hilfesuchende/r | | | | |
| Ehegatte/ Lebenspartner/ Vater/ Mutter | | | | |
| Arbeitslos | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: | Stamm-Nr.: | |
| Wurde beim Arbeitsamt Arbeitslosengeld oder –hilfe beantragt? (Bescheid des Arbeitsamtes beilegen!) | | <input type="checkbox"/> ja, am | | |
| | | <input type="checkbox"/> nein warum? | | |
| Wann erfolgte die letzte Arbeitslosenmeldung? | | Datum | (Bescheinigung des Arbeitsamtes beilegen) | |
| Ist bereits eine Arbeitsstelle in Aussicht? | | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. wann und bei welcher Firma | | |

VI. Aufenthaltsverhältnisse

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Zugezogen <input type="checkbox"/> alle Personen am | Datum |
| <input type="checkbox"/> folgende Person/en | Familienname, Vorname, Datum |
| Wurde bereits Sozialhilfe geleistet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom Sozialamt in | Von bis Aktenzeichen |
| Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor der Beantragung der Hilfe (ggf. Aufenthalt in einer Einrichtung, z.B. Krankenhaus, Heim, JVA) | |
| von – bis | stationäre Einrichtung Übergangseinrichtung |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Kostenträger des letzten Aufenthaltes in einer Einrichtung | Falls aus einer Einrichtung entlassen, Tag der Entlassung |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Bei Übertritt aus dem Ausland <input type="checkbox"/> alle Personen <input type="checkbox"/> folgende Person(en): | Tag und Ort des Übertritts |
| | Familienname, Vorname |
| | Tag und Ort des Übertritts |

VII. Wohnverhältnisse des Hilfesuchenden:

Gesamtfläche der Wohnung: _____ Küche, _____ Bad, _____ WC, _____ Zimmer = _____ m²

Wird der Wohnraum untervermietet? nein ja, davon: _____ m²

Falls Sie untervermietet haben: Vergütung für Möblierung vollmöbliert nein ja _____ EUR
teilmöbliert nein ja _____ EUR

Von der Gesamtfläche werden ausschließlich gewerblich oder beruflich genutzt: _____ m²

Wie wird die Wohnung beheizt? Sammelheizung Einzelheizung Holz/Kohle Öl Gas _____

Wann ist der Wohnraum erstmals bezugsfertig geworden? Jahr _____

Wurde der überwiegende Teil des Wohnraumes nachträglich unter wesentlichen Bauaufwand ausgebaut oder erweitert? nein ja, im Jahr _____

Wurde der Wohnraum mit öffentlichen Mitteln gefördert? (sozialer Wohnungsbau) nein ja

Ist ein Familienmitglied, das zu Ihrem Haushalt gerechnet hat, innerhalb der letzten 24 Monate verstorben?
 nein ja Wer? _____ Wann? _____
Familienname, Vorname(n) Sterbedatum

Haben Sie den Wohnraum nach dem Tod des Familienmitgliedes gewechselt oder eine weitere Person in den Haushalt aufgenommen?
 nein ja Wann? _____ Wen? _____
Einzugsdatum Name, neue Anschrift, Verwandtschaftsverhältnis

Wohnen Sie mietfrei? nein ja (bitte Vertrag vorlegen!)

Die Wohnungsmiete beträgt ohne Kosten für elektrischen Strom (**laut beiliegender Mietbescheinigung**): mtl. _____ EUR

In der Gesamtmiete sind die Kosten für Möblierung enthalten: vollmöbliert nein ja _____ EUR
teilmöbliert nein ja _____ EUR

Wurde die Miete für den Antragsmonat bereits bezahlt? nein ja

Bestehen Mietschulden? nein ja, seit _____ EUR

Erhalten Sie Wohngeld oder eine vergleichbare Leistung? nein ja, in Höhe von mtl. _____ EUR

Bei nein, wurde Wohngeld oder eine vergleichbare Leistung beantragt? nein ja, am _____

Bei **Eigenheimbesitzern/Eigentumswohnungen** usw. betragen

a) Kosten für Müllabfuhr, Kaminkehrer, Wasser, Kanal, Grundsteuer, Brandvers. usw. mtl. _____ EUR

b) **Belastung aus Kapitaldienst und Bewirtschaftung:** Belastung aus Zinsen mtl. _____ EUR
Belastung aus Tilgung mtl. _____ EUR

VIII. Eheähnliche Verhältnisse:

Personen, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben, dürfen hinsichtlich der Voraussetzungen sowie des Umfangs der Sozialhilfe nicht besser gestellt werden als Ehegatten (§ 122 BSHG).

Lebt der/die Hilfesuchende in einer eheähnlichen Gemeinschaft? nein ja, mit wem? _____

IX. Sonstige Angaben zum Hilfesuchenden:

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Derzeit Mitglied einer Krankenkasse? | Monatsbeitrag: _____ EUR |
| Hilfesuchender ist krankenversichert als | <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner |
| Familienversicherter bei | |
| Derzeit Mitglied welcher Pflegekasse? | Monatsbeitrag: _____ EUR |
| Hilfesuchender ist pflegeversichert als | <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Rentenbewerber <input type="checkbox"/> Rentner |
| Familienversicherter bei | |
| Beamtenrechtliche oder vergleichbare Beihilfeansprüche bei (wenn nicht in Arbeit): | Nr. der letzten Versicherungskarte |
| Werden Beiträge zur Arbeiter-/Angestellten-/ Rentenversicherung freiwillig entrichtet? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Für welchen Monat/Kalenderjahr wurde zuletzt Beitrag geleistet? | |
| Sind sie im Besitz eines Sozialversicherungsausweises? (Sozialversicherungs-Nr. bitte unbedingt angeben!) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ggf. ist dieser dem Antrag beizufügen |
| Mitglied einer Sterbegeldversicherung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher: _____ ggf Höhe des Sterbegeldes _____ EUR |
| Mitglied einer Lebensversicherung? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welcher: _____ |
| Höhe der Versicherungssumme | EUR fällig am: _____ |
| Mitglied anderer Versicherungen? (z.B. Haftpfl., Hausrat, Unfall usw.) | Art: _____ (Nachweis über Höhe beifügen) |
| Sind Sie Kriegsbeschädigte(r) oder -hinterbliebene(r) ? . . | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Sind Sie Vater/Mutter eines gefallenen od. kriegsvermissten Kindes? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Ist ein Antrag auf Rentengewährung abgelehnt worden? . . . | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann und warum: | |
| Wovon wurde bisher der Lebensunterhalt bestritten? | | |
| Wenn in Arbeit stehend: Fahrtkosten zum Arbeitsplatz | <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich | EUR <input type="checkbox"/> einfache Entfernung zum Arbeitsplatz km |
| Sind Sie schwerbehindert? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja, Merkzeichen: (bitte Bescheid vorlegen) | |
| Wenn ja, Art der Behinderung und Grad der Behinderung | GdB | |
| Wurde bereits ein Schwerbehindertenausweis beantragt oder erteilt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann beantragt bzw. erteilt: | |
| Liegt ein Impfschaden vor? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Bitte entsprechende Nachweise vorlegen! |
| Sind Sie Opfer eines Verkehrsunfalls? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Sind Sie Opfer eines Gewaltverbrechens? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Steht eine der vorgenannten Personen unter Betreuung? (ggf. Betreuerausweis vorlegen) | Wenn ja: | |
| | a) welche Person? b) Name und Anschrift des Betreuers | |

X. Vermögenswerte

| a) des Hilfesuchenden | b) des Ehegatten/Lebenspartners – falls minderjährig beider Eltern – |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Spar-, Bank- und Postsparguthaben <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: Kreditinstitut, BLZ, Konto-Nr. EUR | Spar-, Bank- und Postsparguthaben <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei: Kreditinstitut, BLZ, Konto-Nr. EUR |
| Kreditinstitut, BLZ, Konto-Nr. EUR | Kreditinstitut, BLZ, Konto-Nr. EUR |
| Die Bankinstitute ermächtige ich hiermit zur Auskunftserteilung | Die Bankinstitute ermächtige ich hiermit zur Auskunftserteilung |
| Bargeld: Ich verfüge über Bargeld in Höhe von EUR | Bargeld: Ich verfüge über Bargeld in Höhe von EUR |
| Haus- und Grundbesitz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgenden: | Haus- und Grundbesitz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgenden: |
| Vertraglich gesicherte Ansprüche: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung und Pflege) _____ _____ | Vertraglich gesicherte Ansprüche: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende (z.B. Wohnrecht, Anspruch auf Wartung und Pflege) _____ _____ |
| Eine Abschrift des entsprechenden Vertrages liegt bei. | Eine Abschrift des entsprechenden Vertrages liegt bei. |
| Sonstige Vermögenswerte: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in folgender Form (z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gg. Dritte auf Rückzahlung v. Darlehen, Schmuck, Bausparverträge usw.) _____ _____ | Sonstige Vermögenswerte: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in folgender Form (z.B. Wertpapiere, Kraftfahrzeug, wertvolle Sammlungen, Ansprüche gg. Dritte auf Rückzahlung v. Darlehen, Schmuck, Bausparverträge usw.) _____ _____ |
| Wurden in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte (z.B. Haus- od. Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger angeben: _____ | |
| Wurden Verträge zugunsten Dritter – für den Erlebens- und/oder Todesfall – abgeschlossen? (ggf. Nachweise vorlegen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |

XI. Nicht geklärte Ansprüche:

Glaubt der Hilfesuchende oder sein Ehegatte/Lebenspartner, weitere, noch nicht entschiedene Ansprüche zu haben, aus denen er/sie noch keine Leistungen erhält?

nein ja

wenn ja

aus dem Lastenausgleich aus der Sozialversicherung als Kriegsbeschädigter aus Unfall aus Krankheit

aus anderem Rechtsgrund, nämlich _____

Wann und wo wurde der Antrag gestellt? _____

XII. Bankverbindung:

| | |
|----------------------------------|------|
| Girokonto der/des Hilfesuchenden | |
| Empfänger | IBAN |
| Kreditinstitut | BIC |

XIII. Sonstige Angaben:

Erklärung des Hilfesuchenden und seines Ehegatten/Lebenspartners:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich 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 übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Wohngeld, Arbeitslosengeld/-hilfe, 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 Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese mit Hilfe hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 der Verordnung zur Kriegsopferfürsorge (zur Leistung von Amts wegen) erteilt.

| | | |
|------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| | | |
| Ort, Datum | Unterschrift d. Hilfesuchenden oder seines gesetzl. Vertreters | Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners |

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

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Aufnehmenden

Stellungnahme Wohnsitzgemeinde: (nur ausfüllen, wenn eine Prüfungszuständigkeit auf Grund von gesetzlichen oder anderen Regelungen besteht)

Vorstehende Angaben entsprechen der Wahrheit nicht der Wahrheit

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

Die Notlage ist hier seit _____ bekannt geworden.
Datum

Die Gemeinde hat im Jahre _____ für folgende im Antrag Aufgeführten Personen eine Lohnsteuerkarte ausgestellt.

Antragsteller(in) Ehegatte/Lebenspartner Vater Mutter

Nr. Nr. Nr. Nr. Nr.

Ort, Datum

Mit _____ Anlage(n) an die Stadt/das Landratsamt/ den Landkreis

Unterschrift